

MENTES e MANIAS

ANA BEATRIZ BARBOSA SILVA

ENTENDENDO MELHOR O MUNDO DAS PESSOAS SISTEMÁTICAS, OBSESSIVAS
E COMPULSIVAS

Editora: *Rosely M Boschim*

Coordenação editorial: *Elvira Gago*

Colaboradora: *Débora Gil*

Projeto e produção gráfica: *Marcelo S Almeida*

Capa: *WG Comunicação*

Diagramação: *JOIN Bureau*

Preparação: *Márcia Melo*

Revisão: *Márcio Araújo*

Impressão e acabamento: *Paulus Gráfica*

Digitalização: Vítor Chaves

Correção: Marcilene Aparecida Alberton Ghisi Chaves

Copyright © Ana Beatriz Barbosa Silva

Todos os direitos desta edição

são reservados à Editora Gente.

Rua Pedro Soares de Almeida, 114

São Paulo, SP, CEP 05029-030

Telefax-(11)3675-2505

Site: <http://www.editoragente.com.br>

E-mail: gente@editoragente.com.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Silva, Ana Beatriz Barbosa

Mentes manias entendendo melhor o mundo das pessoas sistemáticas,
obsessivas e compulsivas / Ana Beatriz Barbosa Silva.

- São Paulo: Editora Gente, 2004

Bibliografia

1 Psiquiatria 2 Transtorno obsessivo-compulsivo - Obras de divulgação

3. Transtorno obsessivo-compulsivo-Tratamento I Título

04-0592

CDD-616.85227

NLM-WM 176

1. Transtorno obsessivo-compulsivo : Neuropsiquiatria Medicina Obras de
divulgação 616.85227

Para Debinha:

Nossa avó Zilda dizia que as pessoas boas nascem prontas. Você nasceu
assim. É muito bom ser sua "dinda".



AGRADECIMENTOS

A toda a equipe Napades, pelo carinho, sintonia e apoio incondicional.

À equipe da Editora Gente, que, como eu, não sabe parar de trabalhar porque ama o que faz. Agradeço especialmente a Rosely pelas conversas tão estimulantes à criação, ao Anderson pela incansável determinação e confiança na busca de novas saídas e à querida Elvira, que pôs em risco sua sanidade mental ao topar me organizar em três meses por e-mail e telefone. Vocês são dez. Isso porque só Deus é mil.

À minha família, por ser exatamente como ela é. Vocês me dão certeza de que tudo vale a pena. Agradeço à Gigi por me lembrar todos os dias que brincar deve ser um exercício cotidiano e, melhor ainda, faz bem à saúde.

Agradeço ao Márcio pelas traduções-relâmpago; à Miriam pelas pesquisas de material; à Marcinha pelas críticas preciosas e sinceras; à Andréa pelo carinho sempre presente; ao Elson pelas palavras que alimentaram minha alma; à Graça pelos toques finais; à Fátima pelo apoio e estímulo para com todos nós; e à Ana Lúcia pelo seu jeito meigo e gentil de ajudar a qualquer momento.

À dra. Cecília Gross pela ajuda na pesquisa de material científico e à historiadora Mônica Santos pela contribuição nas pesquisas de assuntos gerais.

Aos meus amigos cariocas, pela paciência com meus "furos" e ausências em 2003, e aos meus amigos paulistas, pela acolhida tão carinhosa.

E, por fim, a todos os leitores de *Mentes Inquietas* que me enviaram críticas, dúvidas, perguntas, desabafos, estímulos e palavras de carinho.

O meu muito obrigada do fundo do coração.

SUMÁRIO

PREFÁCIO 11

INTRODUÇÃO 15

1 A NORMALIDADE DA IMPERFEIÇÃO HUMANA 20

2 QUEM PENSA DEMAIS VIRA FILÓSOFO OU SOFRE: A QUESTÃO DAS
OBSESSÕES 26

3 TOC-TOC NA MADEIRA: NEM TUDO O QUE SE REPETE É MANIA 38

4 AS FACES OCULTAS DO PENSAR E AGIR: CARACTERÍSTICAS DO TOC 48

5 DE ONDE ISSO VEM? AS PROVÁVEIS CAUSAS DO TOC 60

6 O TOC SOB A LUZ DA PSICOLOGIA EVOLUTIVA 72

7 ESPECTRO TOC: ESTE ARCO-ÍRIS TEM MUITO MAIS DE SETE CORES 80

Semelhantes e afins do transtorno obsessivo-compulsivo

8 TOC EM CRIANÇAS: É DESDE CEDO QUE SE DEVE DESTORCER O PEPINO
106

9 O DESAFIO DA PAZ EM CAMPO DE GUERRA: A DELICADA RELAÇÃO TOC X
FAMÍLIA X AMIGOS E AFINS 116

10 COGNIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO 128

11 AS PEQUENAS MANIAS NOSSAS DE CADA DIA 136

12 TRATAMENTO POR MERECIMENTO: OS MEDICAMENTOS QUE AJUDAM NO
TOC 142

13 O QUE ARDE CURA: O TRATAMENTO PSICOTERÁPICO DO TOC 158

14 DIFERENÇAS QUE SOMAM E MULTIPLICAM TALENTOS: A NOVA IDEOLOGIA
DE TRABALHO 170

BIBLIOGRAFIA 175

PREFÁCIO

Conheci Ana Beatriz no dia do lançamento de seu livro anterior, *Mentes Inquietas*, em São Paulo. Conversei pouco com ela, pois num lançamento a autora é como noiva em casamento: tem de se dividir entre todos os convidados. Mas comecei a ler o livro ali mesmo. E continuei em casa, ainda que me tirasse horas de sono reparador. Gostei muito dele e o aproveitei muito bem.

Em minhas palestras para pais e professores tenho indicado *Mentes Inquietas*, porque muitos estão sofrendo demais com filhos e alunos portadores do distúrbio do déficit de atenção (DDA). Não é expulsando um aluno impulsivo, agressivo, irritado, instável e distraído, o chamado "líder negativo", que se resolve o problema, como se o colocássemos num navio e o deixássemos à deriva no meio do oceano. Afastamos o problema, mas não o resolvemos. É preciso estar informado sobre o DDA para poder lidar bem com seu portador. *Mentes Inquietas* veio preencher essa lacuna. Se cada instituição de ensino o tivesse, os docentes poderiam ter melhores resultados com seus alunos. Se os pais compreendessem melhor os filhos, todos teriam mais qualidade de vida.

Agora Ana Beatriz lança outro livro, o maravilhoso *Mentes e Manias*, que lhes apresento com muita honra. Assim que recebi seus originais, comecei a ler e não parei mais até terminar o livro. Você, leitor, corre o mesmo risco de não conseguir parar de lê-lo, pois Ana Beatriz desvenda grandes mistérios desses transtornos, seja em pensamentos obsessivos, seja em atos compulsivos, que judiam demais de quem os tem, sem poupar seus familiares e conviventes. Como ela mesma diz, os conhecimentos têm de sair das

prateleiras dos especialistas e chegar aos sofredores. Aliás, muitas coisas guardadas por falta de conhecimento passaram a ser encaradas de outra maneira com os recursos atuais da medicina.

Há algumas décadas, estudava-se o cérebro usando-se cadáveres. Hoje, por meio de exames como ressonância magnética funcional e tomografias especializadas como SPECT e PET SCAN, percebe-se, pelo maior consumo de glicose, as áreas cerebrais que estão funcionando em determinado momento. Assim, sabe-se também quais áreas cerebrais e neurotransmissores estão comprometidos nesses transtornos.

Podemos diagnosticar bem o TOC, mas buscar suas origens ainda é complicado. Das inúmeras hipóteses causais, ganham força a predisposição genética, o estresse, fatores neurobioquímicos, fatores psicológicos e a infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (a febre reumática pós-infecção de garganta causa inflamações nas articulações, no coração e no cérebro).

com os avanços dos estudos das medicações, hoje existem remédios mais específicos para obsessões e manias, que em doses adequadas aliviam os sofrimentos e levam à diminuição dos rituais e obsessões até mesmo nos portadores que já haviam perdido as esperanças de viver livremente. A doutora Ana Beatriz encontrou uma maneira superinteressante de transformar o sisudo campo das medicações em conhecimentos *softs*, sem perder a precisão científica, tornando o assunto atraente até para quem tem ojeriza a esse tema.

Tragédia de uns, comédia para outros. Quantos não riram ao ver Jack Nicholson vivendo um personagem compulsivo no filme *Melhor impossível?* Até o seu cachorrinho pulava linhas... Mas quanto sofria o personagem? Quantos não o entendiam? Compreendendo o sofrimento que esses transtornos causam a seus portadores, a suas famílias e a pessoas bastante próximas, não se justificam mais as tentativas de negar, menosprezar, diminuir a sua importância, "tapar o sol com a peneira", esperar que eles melhorem espontaneamente ou qualquer outra atitude que não seja a de buscar tratamento especializado. A doutora Ana Beatriz desvenda os mistérios destas mentes e manias que detonam com

4% da população mundial. Sem contar as famílias, que também sofrem com o preconceito e a falta de informação.

O mundo se abre aos seus portadores quando estes se abrem ao mundo. Eles não se sentem mais tão solitários, mergulhados num mundo próprio, cujo significado somente eles conhecem e "nem às paredes confessam". Tudo por vergonha de se exporem e serem ridicularizados, transformando-se em "solitários prisioneiros de si mesmos". É interessante notar como as obsessões e as manias podem ser muito parecidas se vistas superficialmente, mas o quanto são ricas de particularidades que só os portadores conhecem.

Assim como o pecador precisa do perdão de seu Deus para atingir a felicidade, os portadores desses transtornos necessitam da compreensão e da ajuda de profissionais especializados para seguirem seu caminho com excelente qualidade de vida. A doutora Ana Beatriz nos traz o bálsamo da saúde e da alegria para o alívio desses transtornos tão secretos e, às vezes, tão expostos.

com prazer imenso recomendo a leitura deste livro.

Içami Tiba

Psiquiatra, autor de catorze livros, entre eles *Quem Ama, Educa e Disciplina: o Limite na Medida Certa*

INTRODUÇÃO

A idéia de escrever este livro surgiu em setembro de 2003. Na época, fazia exatos três meses que lançara meu primeiro livro, *Mentes Inquietas — Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. A quantidade imensa de e-mails, cartas, fax e solicitações pessoais que recebi me deu o estímulo necessário para mais uma vez, impulsivamente, em conjunto com minha equipe, escrever um livro que pudesse cumprir o objetivo alcançado por *Mentes Inquietas*: informar sobre determinado comportamento advindo de um funcionamento mental específico, neste caso o distúrbio do déficit de atenção (DDA).

Conforme lia atentamente as mensagens a mim dirigidas, uma imensa surpresa e alegria ia me invadindo a mente e tatuando a alma. Lá estavam depoimentos emocionantes de pessoas que relatavam o conforto de se sentir compreendidas por alguém e, enfim, por si mesmas. Ao final desses relatos duas palavras apareciam em 99% dos casos: "obrigado" e "ajuda". Tornou-se claro para mim que os seres humanos buscam todo o tempo ser felizes, mas, na maioria das vezes, faltam-lhes o "mapa" e o "navio" que os levem até essa ilha chamada Felicidade.

Pude entender que de alguma forma *Mentes Inquietas* tinha conseguido informar com linguagem relativamente acessível e despertar o desejo de melhora em muitos leitores. Tomada por esses sentimentos, comecei a refletir sobre o sofrimento daqueles que apresentam um quadro não tão incomum, mas na maioria das vezes vivenciado de forma solitária e oculta das pessoas de sua convivência: o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Ao contrário de quem sofre de outros transtornos do comportamento, quem vive com TOC costuma achar as próprias idéias e ações "idiotas", "bobas", "ridículas", "absurdas", mas mesmo assim não consegue controlá-las.

Por apresentar uma visão bastante crítica sobre seu comportamento, a grande maioria desses indivíduos sente muita vergonha e por isso esconde seu problema das demais pessoas, inclusive familiares próximos. Isso impossibilita que parentes e amigos possam participar na busca de ajuda adequada.

A pessoa com TOC em geral vive um intenso e solitário sofrimento, criando a falsa e desesperadora impressão de que ela é "a única criatura na face da Terra que tem esse problema". Tolo e doloroso engano: hoje sabemos que aproximadamente 4% da população mundial sofre de TOC, ou seja, uma em cada 25 pessoas apresenta esse transtorno. Pena que só muito poucos tenham a correta e esperançosa informação de que ele é tratável e vem se mostrando cada vez mais responsivo à terapêutica medicamentosa e psicoterápica de base comportamental.

Ao começar a escrever *Mentes e Manias*, impus-me como objetivo principal tirar o TOC da estante (ele está presente quase somente em livros técnicos e acadêmicos) e colocá-lo na sala de estar como assunto de conversa, possibilitando aos indivíduos com TOC o melhor entendimento de seu problema e a busca de tratamento correto, o que pode abreviar e reduzir o sofrimento e as limitações advindas de sua condição. Além disso, é preciso fornecer subsídios aos familiares, para que possam entender a condição dos parentes que sofrem de TOC a fim de ajudá-los.

Falaremos também sobre vários comportamentos que lembram o TOC e nem por isso precisam ser tratados, como hábitos, superstições e rituais presentes em nossa sociedade. No fundo, a diferença entre as pessoas, pelo menos em relação ao sofrimento mental, é quantitativa, e não qualitativa, como muitos gostariam que fosse. Entre você, mim e a pessoa com TOC existe apenas uma diferença: quem sofre de transtorno obsessivo-compulsivo pensa muito mais coisas desagradáveis e toma atitudes incontrolláveis e

repetitivas para aliviar seus temores de que tais pensamentos venham a se materializar.

As pessoas com TOC, na verdade, desejam possuir características de organização, asseio, meticulosidade e raciocínio analítico, mas o excesso e o desequilíbrio de comportamentos associados a essas características são tão grandes que elas acabam por se tornar, por vezes, desorganizadas, improdutivas e "descuidadas". Pensando nessa dicotomia entre o que se quer ser e o que se é, criamos a sigla COT (cognição, organização e transformação) numa clara referência ao que o TOC gostaria de ser caso conseguisse se desvencilhar do círculo destrutivo e vicioso de pensamentos e atitudes repetitivos. Uma vez que a sigla COT é a que vai designar aquelas pessoas cujas capacidades de organização, objetividade e meticulosidade, entre outras, estão equilibradas de tal maneira que as tornam aptas a transformar pensamentos e atitudes em realizações individuais e coletivas.

Temos percebido inclusive que um parceiro COT é o melhor que pode desejar a pessoa DDA, quando se trata de trabalhos e projetos. Diferentes e, no entanto, complementares, eles precisam das características um do outro para se desenvolver plenamente. Como demonstraremos, essa é uma autêntica dupla dinâmica, ainda que entre tapas e beijos.

Uma coisa é certa: todos nós possuímos deficiências ou falhas mentais. É claro que uns as apresentam mais sérias, outros menos, no entanto tudo indica que o barro divino de onde viemos já veio malhado antes de nascermos.

E agora? Quem terá coragem de atirar a primeira pedra? Quem for perfeito pode começar!

CAPÍTULO 1

Vaca das Divinas Tetas

Teu bom só para o oco, minha falta

E o resto inunde as almas dos caretas (...)

Mas eu também sei ser careta

De perto, ninguém é normal

As vezes segue em linha reta

A vida, que é meu bem/meu mal.

"Vaca Profana" Caetano Veloso

A NORMALIDADE DA IMPERFEIÇÃO HUMANA

Quando penso na palavra *gente*, uma sensação boa e terna me invade a mente: eu gosto de gente, e esse gosto me faz "fuçar" cada vez mais nosso motor central — o cérebro — na busca de respostas que me levem a detectar, compreender, criar empatia e, sempre que possível, ajudar as pessoas (nossa gente) a ter uma existência mais confortável consigo mesmas e, em consequência, com o mundo em redor.

Mas, como boa amante da música popular brasileira, *gente* me lembra Caetano Veloso. Foi Caetano quem nos levou a refletir sobre o conceito de normalidade quando, em uma de suas músicas — "Vaca profana" -, disse que, "de perto, ninguém é normal".

Interessante como o conhecimento humano se manifesta em todas as áreas de expressão, pois no início do século passado Freud — pai da Psicanálise — afirmou a mesma idéia com as seguintes palavras: "Toda pessoa só é normal na média".

Parece uma grande "loucura", no entanto Freud, Caetano e todas as pessoas do planeta temos algo em comum: nenhum de nós possui um *cérebro perfeito*. Entendendo-se como perfeito o cérebro que produza seus neurotransmissores — nossos "combustíveis cerebrais" — em quantidades exatas ou iguais e faça com que cada parte exerça suas funções tão bem como as demais, obtendo assim um desempenho máximo em todas elas. Se olharmos bem ao redor, constataremos facilmente essa realidade. Quem não conhece alguém genial na criação de complexos programas de computador, ou mesmo projetos inovadores de engenharia, que, por outro lado, apresenta profunda dificuldade em seus relacionamentos sociais, principalmente afetivos e emocionais?

Podemos concluir que um cérebro perfeito é uma impossibilidade humana. Todos eles têm seus pontos fortes — talentos, dons ou aptidões — e seus pontos limitantes — inabilidades, inaptidões ou "fraquezas" -, que, com o tempo e com empenho, aprendemos a administrar em nosso próprio benefício.

Outro aspecto — bem mais científico, apesar de menos visível que os exemplos anteriores — que reitera a imperfeição do cérebro humano é a sua idade. Isso mesmo. Para quem não sabe, nosso querido e poderoso cérebro não passa de um bebê na longa história da evolução das espécies. Ele completou 100 mil anos há pouco tempo.

"Velho", "velhíssimo", "dinossáurico", "pré-histórico"... Provavelmente seriam esses os adjetivos usados por um adolescente para definir nosso *baby*. Mas, se dermos alguns passos, entrarmos em uma locadora e pegarmos o filme *O parque dos dinossauros*, de Steven Spielberg — um DDA confesso -, veremos que Hollywood, além de lazer, é cultura e informação. Lá se conta um pouco da história dessa geração de répteis fantásticos que habitaram e dominaram nosso planeta por 160 milhões de anos. .

E agora, quem é velho? Nosso cérebro ainda é um bebê lindo e "fofo" que começa a dar seus primeiros passos nessa tal de história evolucionária. Por isso temos de considerá-lo uma obra em andamento que com certeza será capaz de desenvolver novas funções adaptativas de caráter positivo, que nos tornarão mais eficientes em transcender dificuldades, limites ou mesmo impossibilidades atuais.

Um dos sistemas que nosso cérebro elaborou para tornar a vida de nossos ancestrais mais fácil foi um circuito que lhes tornasse possível a detecção de erros especialmente relacionados à sobrevivência e ao convívio social. No estudo da biologia evolutiva, observamos que nossa espécie criou um sistema que faz com que o indivíduo, ao cometer um erro, seja tomado por uma sensação de grande desconforto. No entanto, com isso o ser humano aprende comportamentos e esquemas cognitivos que lhe possibilitam prever possíveis erros. Isso, aliás, é muito importante do ponto de vista da convivência social. Quem já não cometeu uma gafe e sentiu um terrível desconforto? Sejam os honestos, todos já fomos vítimas de nosso circuito detector de erros.

Pois bem, a chave para entender a pessoa com TOC é saber que seu circuito detector de erros funciona muito mais do que deveria

21

ou do que é necessário. Ou seja, ele é hiperfuncionante e tende a não cessar sua atividade quando o erro é detectado e corrigido, deixando a pessoa com a constante sensação de que algo está errado. Dessa maneira, esse indivíduo se sente compelido a corrigir incessantemente seus erros (reais ou imaginários).

Como metáfora, podemos usar o mecanismo da sede: a falta de água nos dá a sensação de sede e somos levados, pela necessidade e pelo desejo, a consumir água. Uma vez restabelecido o equilíbrio hídrico, a sede desaparece. É o que chamamos de retroalimentação negativa, pois a necessidade que motivou o comportamento cessa, pelo menos temporariamente, ao ser atendida. Agora imaginemos que a pessoa sedenta, não tendo alternativa, beba água do mar.

Esta, porém, não propicia a saciação da sensação de sede, pois o sal marinho, ao ser ingerido junto com a água, vai extrair mais água do organismo da pessoa. A sensação de sede não só não passa como aumenta, e a pessoa pode pensar que deve beber ainda mais água. É o que chamamos de retroalimentação positiva, pois, quanto mais o comportamento se realiza, mais será reforçado a ser repetido. Embora seja uma comparação simples, podemos dizer que o mecanismo é similar no TOC.

Todo mundo tende a pensar coisas desagradáveis, a temer coisas desagradáveis. Todos temos também a tendência de tentar corrigir os erros e evitá-los. Sem isso seríamos incapazes de cuidar minimamente de nosso bem-estar. Portanto é importante termos esta característica funcionando de maneira adequada, na intensidade e na frequência corretas. Quando esse circuito degrading, passando a funcionar muito intensa e repetidamente, abre-se o caminho para o desenvolvimento do TOC, uma vez que os erros cometidos — em especial os que se traduzem na forma de gafes sociais — se tornam motivos de ruminação mental, gerando as idéias obsessivas desencadeadoras de grande ansiedade e no fim produtoras de atitudes compulsivas que oferecem alívio momentâneo, mas resultam no aprisionamento da pessoa num círculo vicioso que tende a se cristalizar com o tempo.

O transtorno obsessivo-compulsivo constitui, com certeza, um dos quadros mais intrigantes e desafiadores da psiquiatria e psicologia atuais. Ele se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões. As obsessões seriam pensamentos ou idéias recorrentes de caráter intrusivo e desagradável que causam muita ansiedade e tomam uma parcela significativa do tempo dos indivíduos que sofrem desse distúrbio. As compulsões, conhecidas popularmente como "manias", são comportamentos, ações ou atitudes de aspecto repetitivo que a pessoa com TOC é levada a adotar em resposta a uma obsessão com o intuito de reduzir a ansiedade provocada por esta.

Assim, podemos afirmar que as obsessões provocam intenso desconforto emocional na forma de ansiedade; já as compulsões tenderiam, pelo menos no início, a despertar a sensação de alívio. Como vemos, as obsessões são pensamentos da própria pessoa a desencadear atos (compulsões) que muitas vezes não fazem sentido. Aí está o aspecto tão instigante do TOC. Como entender que pessoas inteligentes, cultas e, muitas delas, profissionais responsáveis e de destaque em sua área de atuação acabem se tornando escravas das próprias idéias e ações? Como entender que essas pessoas se envergonhem e julguem seus pensamentos e atitudes absurdos e ridículos?

Somente entrando nesse universo podemos tentar responder a estas e muitas outras perguntas que indivíduos com TOC ou pessoas que convivem com eles se fazem todos os dias.

CAPÍTULO 2

Fixação, seus olhos no retrato

Fixação, mera assombração

Fixação, fantasmas no meu quarto.

"Fixação" Kid Abelha

QUEM PENSA DEMAIS VIRA FILÓSOFO OU SOFRE: A QUESTÃO DAS OBSESSÕES

Muitos de nós sentimos um leve incômodo quando deparamos com um sapato virado de cabeça para baixo. É quase impossível que não nos venha à cabeça a idéia de que algo pode acontecer com nossa mãe. Embora achemos ridículo e deixemos o sapato virado do mesmo jeito, o próximo pensamento que pode nos assaltar é o de culpa, de que não nos importamos com nossa mãe, afinal estamos dando mais importância ao raciocínio lógico do que ao significado do famigerado sapato de sola para o ar. Por fim, com um resignado "tá bom, não custa nada", acabamos desvirando o sapato e explicamos para nós mesmos, a título de consolo, que isso não passa de "desencargo de consciência".

Na hora de dormir, podemos passar de novo por uma situação parecida se percebermos que a porta do armário está aberta. A gente não quer sair debaixo da coberta, mas de vez em quando espicha o olho e dá de cara com a porta escancarada e tudo escuro lá dentro do armário. O que nos faz ficar espionando a inocente fresta é a lembrança de que "porta de armário aberta chama...". Mas você não quer pensar na palavra e nem espera para concluir a frase. Sai do aconchego, levanta-se, fecha a porcaria da porta e convence a si mesmo que o motivo que o levou a fazer isso é impedir que entrem baratas em seu armário.

O fato é que sempre estamos imersos em numerosos pensamentos. Pensamentos bons, pensamentos ruins, bobos, grandiosos, de todos os tipos. Muitas vezes nem estamos conscientes deles, mas nós os temos o tempo todo. E é comum também termos pensamentos que nos incomodam, pois não condizem com nosso modo de ser, de pensar e de agir. Assim, acreditamos que não deveríamos tê-los ou que é errado tê-los, como se isso fosse indicativo de alguma falha de caráter sufocada ou de que temos um "lado negro" escondido. Por exemplo, imaginar-se enchendo de algodão a boca de seu irmãozinho recém-nascido que não pára de berrar é um pensamento que pode vir a sua cabeça se você é um

adolescente impaciente que precisa acordar cedo no dia seguinte e ainda por cima não perdoa os pais por tê-lo desbancado da posição de caçula.

É normal virem esses pensamentos doidos a nossa cabeça de vez em quando, meio agressivos, meio catastróficos, dando representação a nossos medos mais escondidos ou, no caso acima, não assumidos desejos de "vingança". O problema está em imaginar que não deveríamos tê-los de modo algum, que é proibido tê-los ou que eles podem trazer consequências funestas, tornando-se realidade. Se pensamos assim, o tiro sai pela culatra: quanto mais evitamos tais pensamentos ou nos preocupamos com eles, mais presentes e insistentes eles se tornam em nossa mente. Não querer pensar em algo já nos faz pensar neste algo. E, por dar tal importância a esses pensamentos, aumentamos muito o risco de tê-los repetidamente. Se existisse um ditado para isso, poderia ser algo assim: "Quem seus pensamentos espanta, mais os acalanta".

Para testar esse ditado, você pode fazer o seguinte: feche os olhos e durante trinta segundos force-se a pensar em um camelo no deserto (você pode acrescentar palmeiras, cactos, pirâmides, mas o importante é o camelo). Obrigue-se a pensar só no camelo. Pode ser que durante esses trinta segundos outros pensamentos tenham invadido sua mente, isso é natural. Mas não deve ter sido tão difícil. Agora faça de forma diferente: feche os olhos e, durante trinta segundos, pense em qualquer coisa, *menos* no camelo. É proibido pensar no camelo.

Desta vez você sentirá que foi mais difícil. Só pelo fato de tentar afastar o pensamento do camelo, acabamos sem querer tornando-o mais intrusivo e persistente.

Foi o que aconteceu com Amaro, administrador de empresas de 49 anos, quando tentava afastar o pensamento do... Bem, ele vai partilhar conosco sua experiência:

Quando eu era adolescente, ficava supernervoso quando começava a tocar "Sympathy for the devil" — algo como afinidade pelo demônio ou simpatia pelo demônio —, música dos Rolling Stones.

Na época eu estava completando o catecismo e achava terrível ouvir uma música daquelas. Mas não ficou só aí. Depois passei a ter medo de simplesmente pensar na música e cheguei a um ponto em que qualquer outra coisa me remetia a devil, como ver uma luz vermelha ou algum bicho que tivesse chifres. Daí, já tinha virado um martírio se eu visse um carro freando e se acendesse uma luz vermelha ou se, na TV, passasse algum desenho ou reportagem com animais.

E esses são só alguns exemplos, porque muitas outras coisas mais eu associava àquela imagem, como o número 5, por causa do tal do pentagrama, A estrela de cinco pontas é um símbolo místico: com a ponta virada para cima, representa o bem; com a ponta virada para baixo, simboliza o mal... Adivinha em qual eu pensava? Olha que viagem! E, cada vez que me vinha à cabeça, e isso acontecia toda hora — porque descobri que, quanto mais a gente tenta não pensar, mais a gente pensa —, eu tinha de repetir mentalmente os nomes de alguns anjos: Gabriel, Miguel, Rafael... Eu achava que ia acontecer alguma coisa ruim, mas, puxa, ruim era passar por aquilo. Agora estou tranqüilo em relação a isso e — quer saber de uma coisa? — encho a boca quando vou mandar alguém “para o diabo que o carregue”.

Idéias indesejáveis invadem nossa mente

O ser humano tem, em maior ou menor medida, a necessidade de manter as coisas sob controle, ainda que minimamente. Muitas coisas, porém, estão fora de nosso controle — e o conteúdo de nossos pensamentos é uma delas. Engajar-se numa luta inglória com derrota garantida é caminhar a passos largos para o desconforto e até para o adoecimento. Quando tentamos manter estrito controle sobre nossos pensamentos, estamos nos expondo ao risco de vê-los transformados em obsessões.

Para que os pensamentos sejam considerados obsessivos, eles devem ser desagradáveis, intrusivos, indesejáveis e repetitivos. Quem os tem não os quer e, embora saiba que jamais concordaria com o conteúdo desses pensamentos obsessivos ou faria o que eles sugerem, sente uma pesada culpa por tê-los. Como exemplo, poderíamos pensar naquele adolescente enciumado do

irmãozinho de que falamos há pouco, que ainda por cima é alvo de chacota no colégio por parte de um colega que adora pegar no seu pé. Pode passar pela cabeça dele que seria melhor que esse colega estivesse morto ou como seria glorioso jogá-lo escada abaixo. Pensamento tétrico, não? O adolescente talvez sinta um pouco de alívio de suas frustrações fantasiando sua vingança espetacular e depois se desligar daquilo e voltar a sua rotina sem maiores problemas. Mas ele também pode começar a remoer a preocupação de que, se está pensando naquilo, é porque talvez seja mesmo capaz de fazer aquilo. A partir daí, pode tentar fazer um esforço tremendo para não voltar mais a pensar naquilo e, pior, desenvolver comportamentos como evitar subir ou descer a escada junto com seu desafeto.

Há uma distância muito grande entre pensar, fantasiar e realmente fazer. Se ele de fato fosse um adolescente com desvio de conduta, já estaria planejando e implementando sua vingança — como infelizmente vimos acontecer naquele massacre de estudantes e professores feito por dois alunos da escola Columbine, numa cidade do Colorado, Estados Unidos, em 1999, tema do documentário *Tiros em Columbine*, de Michael Moore —, e não se preocupando, sentindo-se envergonhado e culpado por ter esses pensamentos, evitando até se aproximar do colega por medo de fazer-lhe algum mal.

No entanto, pelo sofrimento e pelo desconforto que trazem, causando até alterações no comportamento do adolescente, podemos dizer que esses pensamentos já adquiriram um caráter obsessivo. O jovem sente angústia e culpa ao tê-los, pois são desagradáveis e vão contra o que considera correto. São repetitivos, intrusivos e causam tremenda ansiedade. Quanto mais ele luta para não tê-los, mais os tem, e acaba se sentindo na obrigação de mudar seu comportamento para aliviar a angústia que sente.

Isso precisa ficar bem claro: é a partir desse ponto que se pode dizer que esse pensamento deixou de ser um daqueles pensamentos doidos e pouco usuais que todo mundo tem para transformar-se num pensamento obsessivo, que traz grande apreensão.

Um dos pensamentos obsessivos que provocam mais sofrimento é aquele cujo conteúdo envolve ferir alguém a quem amamos. A arquiteta Analice, de 36 anos, nos relata seu problema:

Eu já era um pouquinho “sistemática” desde nova... Gostava das coisas bem guardadinhas e alinhadas. Depois que tive o Pedro, minha mania de só fechar as gavetas de talheres quando eles estivessem arrumadinhos piorou bastante. Mas meu martírio mesmo começou quando passei a pensar que, se fechasse a gaveta e alguma faca se deslocasse lá dentro, seria capaz de pegá-la e ferir meu filho. O mais desesperador é que sempre fui uma mãe paciente, super apaixonada por meu filho, que foi um bebê bem tranquilo. Como, quando eu fechava a gaveta das facas, não conseguia ter certeza de que nenhuma faca tinha saído do lugar lá dentro, ficava abrindo e fechando a gaveta muitas vezes, porque, se não fizesse isso, me vinha à mente minha imagem, com a faca na mão, ferindo meu filho. Era horrível, horrível!

Hoje em dia ele é adolescente e não pára de fazer chacota desde que soube dessa história. De vez em quando ele me chama de Mamãe Jason. Mas quer saber? Agora que já estou livre disso também me junto a ele e dou boas gargalhadas.

Os pensamentos obsessivos estão intimamente relacionados com o medo. No entanto, o medo é um sentimento natural e saudável, cuja função é nos resguardar de maiores problemas. É bom que tenhamos medo de atravessar a rua com o sinal aberto para os carros, por razões óbvias. É esse medo que nos impede de arriscar nossa vida em um trânsito caótico, povoado de motoristas alucinados. Mas ter receio de sair de casa e andar na calçada por causa da remota probabilidade de ser atropelado no portão do próprio prédio é entregar-se a um medo irracional e infundado, que limita nossos movimentos e cerceia nossa liberdade de ação. Nesse caso, o medo deixa de ser útil e passa a ser irreal e nocivo. Não serve mais à função de proteção e ainda nos faz o desfavor de entrar nossa vida.

A pessoa que tem pensamentos obsessivos sofre deste último tipo de medo. Portanto, não podemos confundir as obsessões com medos comuns. Os medos da pessoa obsessiva podem ser semelhantes aos medos comuns e plausíveis, como o medo de bater o carro, mas ganham uma dimensão muito mais ampla se são erroneamente avaliados pela pessoa como tendo probabilidade muito maior de ocorrer, a ponto de fazer com que ela evite não só dirigir como entrar em qualquer veículo. A pessoa obsessiva pode também ter pensamentos e medos que consideramos bizarros, como o de ter engolido uma agulha quando estava pregando um botão. Ela sabe que não a engoliu, pois isso é impossível, mas ainda assim fica atormentada com a repetição desse pensamento, ganhando um medo irracional de lidar com quaisquer instrumentos de costura.

Superstições *versus* obsessões

Uma coisa importante é diferenciar as obsessões das superstições. No início deste capítulo descrevi dois casos típicos de superstições em nossa cultura apenas com o intuito de demonstrar como é comum que nos preocupemos com o significado que damos às coisas, com o que pensamos delas e como isso pode influenciar nosso comportamento. Contudo, as superstições não são indicativos de nenhum problema, pois são respaldadas e até reforçadas por nosso ambiente cultural. Algumas das mais comuns, símbolos de verdadeiro azar para a pessoa, envolvem cruzar com gato preto, passar debaixo de escada, quebrar espelhos, entrar com o pé esquerdo em algum lugar, ter os pés varridos, entre outras. São manifestações de comportamentos ritualísticos comuns a toda a humanidade, que variam de cultura para cultura. Mas o importante é que elas não tomam o tempo da pessoa nem a paralisam, não se tornam algo imprescindível de fazer, sem o qual a pessoa se sentiria intensamente angustiada e ameaçada.

Por outro lado, se a pessoa passa a checar a toda hora seus sapatos, que além de estarem na posição correta precisam ficar

perfeitamente alinhados, e mesmo após checá-los continua ansiosa e agoniada, voltando a conferir outras vezes, sob pena de algo ruim acontecer por causa do desalinhamento dos calçados, deve-se desconfiar de um pensamento obsessivo. Principalmente se a pessoa chega a perder tempo com isso, a ponto de atrasar-se para o trabalho e sentir-se angustiada, quase em pânico, se não conseguir certificar-se da posição dos sapatos. Aqui podemos afirmar que já deixou de ser superstição.

Para reforçar a diferença, lembremos o caso da pessoa que não conseguia dormir em paz enquanto a porta do armário estava aberta. O pensamento que ela teve não era obsessivo, na verdade era uma idéia supersticiosa, que causou um leve incômodo. Ela levanta, sentindo-se meio boba, fecha a porta, logo esquece aquilo e volta para o sono dos justos. Agora imaginemos que, ao fechar os olhos, ela comece a ser assaltada pela idéia de que a porta não foi bem fechada. Levanta e resolve passar a chavinha que tranca a porta. Volta para a cama e... começa a duvidar se realmente passou bem a chave. Levanta, destranca e tranca de novo a porta, para se certificar. Pode ser que ela esteja passando por uma fase estressante, com problemas no trabalho, e isso se reflita em comportamentos esquisitos assim, que com certeza ela não voltará a ter. Mas, se esses pensamentos voltarem a aparecer todo o tempo e ela se sentir assustada, temendo que alguém de sua família possa morrer, e a partir daí passar a verificar freqüentemente a porta do armário, não só à noite como também de dia, já podemos cogitar num caso de pensamentos obsessivos.

Obsessões mais freqüentes

É fundamental entender que existe uma grande variedade na forma de apresentação do TOC. Assim, observamos na prática clínica que as obsessões tendem a se apresentar em alguns grupos bem característicos. Para facilitar a compreensão desse transtorno, sua identificação e possibilitar que o máximo de pessoas possam ser ajudadas no alívio do intenso sofrimento que sua vida se

tornou, minha equipe e eu elaboramos um quadro das principais e mais comuns obsessões com exemplos fáceis de visualizar. Algumas envolvem medo de contaminação, dúvidas persistentes, blasfêmias religiosas e desejos agressivos, entre outros. Vamos a elas.

Obsessão de agressão: preocupação em ferir os outros ou a si mesmo, insultar, impulsos de agredir (como vimos no exemplo do adolescente irritado com o irmão e com o colega da escola), machucar o próprio filho (como era o caso de Analice) etc.

Obsessão de contaminação: preocupação constante com sujeira, germes, contaminação por vírus e bactérias, pó, apertos de mão, medo de ser contaminado em visitas hospitalares, velórios, cemitérios etc.

A pessoa se preocupa com a possibilidade de infectar-se e adquirir doenças como Aids, pneumonia asiática e leptospirose, entre outras. É claro que existe a possibilidade de contrair tais doenças, e é essa possibilidade que nos motiva a usar camisinha e evitar andar descalços por águas de aspecto sujo. Por outro lado, essa preocupação deixa de ser normal quando evitamos apertar as mãos das pessoas por medo de pegar Aids ou corremos loucamente de todo e qualquer cachorro, pois ele poderia ter brigado com um gato, que poderia ter brigado com um rato, que poderia ser transmissor da leptospirose. Como uma pessoa com pensamentos obsessivos exagera todas as probabilidades catastróficas, ela pode até deixar de sair de casa, uma vez que, seguindo esse raciocínio tortuoso, qualquer um poderia transmitir Aids e outras doenças fatais (só de estar no mesmo recinto que ela) e qualquer cachorro poderia carregar microorganismos causadores de doenças infecciosas, representando um risco mesmo se estiver passando do outro lado da rua.

Obsessão de conteúdo sexual: pensamentos persistentes de fazer sexo com pessoas impróprias ou em situações estranhas, pensamentos obscenos, imagens pornográficas recorrentes, impulsos incestuosos. Há casos em que o indivíduo evita sair de casa porque teme ficar olhando para a região genital das pessoas com

quem se encontra na rua ou fazer propostas indecorosas em voz alta a qualquer pessoa atraente que cruze seu caminho.

Obsessão de armazenagem e poupança: idéia fixa em colecionar ou não se desfazer de vários tipos de objeto. A pessoa não quer se desfazer de nada por achar que tudo poderá ser útil no futuro (embalagens, papéis velhos, jornais, revistas, tampinhas de refrigerantes etc.).

Obsessão de caráter religioso: pensamentos recorrentes de escrupulosidade, blasfêmias, pecado, certo/errado, de falar obscenidades na igreja. Como exemplos, podemos citar a criança que, após ter iniciado seu aprendizado em inglês, passou a ter pensamentos obsessivos de que God também é Dog, ou a mulher que não consegue parar de pensar que a imagem de São Sebastião, seminu e preso a uma tora de madeira, é bastante sensual.

Luciana, uma professora de 26 anos, conta os insistentes pensamentos que tinha quando se reunia com o grupo jovem de sua igreja:

Quando eu passava em frente ao altar onde havia uma imagem de Jesus crucificado, com apenas um pano enrolado em seu corpo, ficava tendo pensamentos se ele era como a gente, se ele tinha pênis, se fazia xixi... Aí, para meu desespero, me vinham todas aquelas imagens, ele fazendo xixi e "sacudindo" depois, como os caras fazem. Ou com o que ele se limpava, se ficava com resto de comida entre os dentes... Desse pensamento já vinha outro: se ele comia fazendo barulho. Esses pensamentos me perseguiram, e eu ficava esperando pelo castigo que pudesse acontecer. A culpa ainda era maior porque eu não conseguia confessar isso ao padre, e eu achava que tinha obrigação de falar tudo. O que lembro é que ficava repetindo pra mim mesma: "Perdão, meu Deus; perdão, meu Deus; perdão, meu Deus; perdão, meu Deus...", uma infinidade de vezes.

Agora que estou melhorando, só penso de vez em quando assim: "Obrigada, meu Deus; obrigada, meu Deus". Mas meu terapeuta me dá altas broncas, diz que basta uma vez. Sei que ele está certo, mas esses pensamentos são mais teimosos que mula empacada.

Obsessão de simetria: idéias constantes de exatidão ou alinhamento de objetos, roupas, decoração etc. A pessoa tem uma sensação vaga de que é "errado" ou "incômodo" ver coisas desarrumadas e desalinhadas.

Obsessão somática: preocupação excessiva com doenças. Como as pessoas que sentem alguma dor no peito e já começam a pensar obsessivamente em alguma cardiopatia grave ou que sentem uma dor abdominal e têm pensamentos obsessivos de estar com um tumor intestinal.

Obsessão ligada a dúvidas: preocupação constante com o fato de não confiar em si mesmo, como não ter certeza se fez algo direito ou questionar-se se realmente realizou determinada tarefa (fechar a janela, deixar uma encomenda etc.).

Quem tem esse tipo de pensamento não consegue confiar em nada e precisa certificar-se repetidas vezes de que está tudo bem. Podemos citar como exemplo aquelas pessoas que checam várias vezes as fechaduras das portas e as bocas do fogão. Mesmo que já as tenham verificado algumas vezes, a dúvida persiste e elas não conseguem acreditar em si mesmas, começam a pensar que se enganaram ou não foram cuidadosas o suficiente — e, pronto, lá vão mais uma vez checar tudo de novo.

Essas checagens podem se repetir dezenas de vezes, impedindo a pessoa de ter uma boa noite de sono ou fazer outras coisas e causando atrasos e transtornos em sua vida cotidiana.

Afinal, imaginemos o tempo que ela perde quando está saindo de casa para o trabalho e se atrasa porque retornou inúmeras vezes para conferir se realmente a porta estava fechada... Os pensamentos obsessivos envolvidos aqui são de cunho catastrófico. Checar a porta serve para certificar-se de que nenhum ladrão invadirá a casa e verificar os botões do fogão serve para garantir-se de que a casa não vai explodir.

Pessoas com pensamentos obsessivos nem sempre têm mais de um tipo deles. Algumas costumam ter apenas de determinado tipo, que sempre estará relacionado a seus maiores medos e dúvidas. E é comum que o conteúdo dos pensamentos obsessivos

mude ao longo do tempo, passando por períodos de enfraquecimento e de intensificação.

Uma coisa muito importante que precisamos saber é que o fato de ter tais pensamentos não significa que seremos capazes de concretizá-los. Na verdade, eles se tornam obsessivos e nos perseguem justamente porque nos sentimos tão desconfortáveis e culpados de tê-los. Uma pessoa com obsessões agressivas sofre exatamente porque considera condenáveis a agressão e o conflito. Ela se sente tão mal com esses pensamentos e luta tanto para afastá-los da cabeça que acaba por tê-los repetidas vezes, apesar de saber que é incapaz de fazer mal a quem quer que seja.

O problema é que essa pessoa supervaloriza a importância dos pensamentos, a ponto de considerar que é tão grave tê-los quanto praticá-los, quando sabemos que do pensar ao agir há uma distância muito grande. Nesse ponto, o conceito religioso de que "se peca mesmo em pensamento" é um desserviço à humanidade. Uma idéia como essa fará sofrer muito mais as pessoas que tendem a ter pensamentos obsessivos do que as efetivamente inescrupulosas, que não estão "nem aí" se estão pecando e se o que fazem é certo ou errado.

O que é certo ou errado é algo que preocupa muito as pessoas que tendem a ter pensamentos obsessivos. Elas costumam ser conscienciosas, responsáveis, perfeccionistas e preocupadas com o bem-estar dos outros. Por isso sofrem tanto ao ter pensamentos que consideram tão alheios a si próprias e temem intensamente que o fato de tê-los poderá levá-las a causar dano a alguém. Na verdade, a pessoa com pensamentos obsessivos deveria se preocupar menos com eles e não lhes dar tanto crédito, pois não são eles que vão dizer o que ela é, e sim suas ações.

CAPÍTULO 3

Não pensei que me fizessem falta umas poucas palavras.

Dessas coisas simples que dizemos antes de dormir

De manhã o bom-dia na cama, a conversa informal. O beijo depois do café, o cigarro e o jornal.

"Costumes" **Roberto e Erasmo Carlos**

TOC-TOC NA MADEIRA: NEM TUDO O QUE SE REPETE É MANIA

No capítulo anterior vimos que os pensamentos obsessivos causam desconforto, culpa e ansiedade nas pessoas por eles invadidas. Às vezes, o desconforto é tão grande, assim como o receio de que venham de fato a ocorrer, que a pessoa com pensamentos obsessivos acaba por desenvolver comportamentos, rituais ou “manias” na esperança de que neutralizem a possibilidade de que venha a acontecer o que ela teme.

Como vimos também, os pensamentos obsessivos são repetitivos e, se forem acompanhados de comportamentos ritualísticos, estes do mesmo modo serão em consequência repetitivos, infelizmente. Isso fica bem claro quando pensamos no caso de uma pessoa que tem pensamentos obsessivos em relação à contaminação. Para afastar esses pensamentos da cabeça e certificar-se de que não será contaminada, ela trata de lavar as mãos, demorada e meticulosamente. Não uma nem duas vezes, mas dezenas de vezes ao dia. Tais comportamentos repetitivos, cujo objetivo é diminuir a ansiedade causada pelas obsessões, recebem o nome de compulsões.

Esses comportamentos podem ser tanto manifestos, como no caso da pessoa que lava as mãos ou checa as fechaduras, quanto encobertos, na forma de atos mentais, como recitar rezas ou pensar em palavras e frases que neutralizem os pensamentos obsessivos. As pessoas em geral chamam esses comportamentos de “manias” e costumam dizer: “Fulano é cheio de manias, tem mania de limpeza, mania de arrumação”. Em psiquiatria, mania é um estado mental marcado por intensa agitação, irritação, impulsividade e por vezes euforia. No entanto, neste livro usaremos o termo “mania” na acepção popular, significando coisas esquisitas que a gente faz e têm de ser sempre daquele mesmo jeito.

Por mais extenuantes e chatos que sejam esses comportamentos, a pessoa com pensamentos obsessivos ainda os prefere a ter de remoer o medo de, ao deixar de repeti-los, ser “responsável”

pelas conseqüências funestas que venham a ocorrer. E, como vimos, as pessoas que tendem a ter pensamentos obsessivos possuem um grande senso de responsabilidade, exagerado até, e são cuidadosas e conscienciosas a ponto de não suportar a idéia de que possam prejudicar a outros e a si mesmas por culpa dos próprios pensamentos — que já sabemos que não podemos nem devemos ter a pretensão de controlar. Mas para os que sofrem de pensamentos obsessivos a história é diferente: não só acreditam que devem tentar controlar e afastar tais pensamentos como se sentem na responsabilidade de fazer algo para evitá-los.

Catarina, uma advogada de 36 anos, relata sua mania, que manteve até cerca de dois anos atrás, quando iniciou um bem-sucedido tratamento:

Eu levava ao pé da letra aquela história de que não se podia entrar em lugar nenhum com o pé esquerdo. Só que minha versão era muito mais dramática... Vinha a minha cabeça que determinada pessoa poderia morrer se entrasse em algum lugar com o pé esquerdo. E, como só eu sabia disso —porque também só estava na minha cabeça —, me obrigava a fazer alguma coisa para evitar o pior. Não podia suportar a idéia de que alguém pudesse morrer por minha causa. Aí, o que eu fazia? Se um colega de trabalho fosse entrar em algum lugar — em nossa sala, no elevador, no banheiro — eu tinha de passar na frente dele e pisar na linha demarcatória da porta com os dois pés, esquerdo e direito, perfeitamente alinhados: paralelos entre si e perpendiculares à linha.

Se você me perguntar por que eu achava que tinha de ser daquele jeito, não vou saber responder, porque lógica não tem. Só sei que eu acreditava que isso impediria um desastre. Claro que o pessoal achava que eu era mal-educada, "entrona" etc. Alguns pareciam perceber e diziam que eu tinha essas manias esquisitas. Eu já achava super absurdo fazer essas coisas na época, hoje chego a pensar que é hilário... Imagina, eu tinha o poder de causar a morte de alguém com meu pensamento e impedi-la com aquele gesto com os pés! Deve ser muito chato ser Deus.

É importante saber que a pessoa com obsessões e compulsões tem consciência de que elas são irreais e ilógicas (a bem da verdade, existe uma minoria que não tem essa consciência, mas não é a regra), e muitas vezes se acha idiota e tola por ter de fazer seus rituais, mas acaba fazendo-os do mesmo jeito por não suportar a ansiedade que sente. Ela sabe perfeitamente que, caso tivesse “bons” pensamentos repetitivos, como ganhar na Mega Sena, por exemplo, e fizesse rituais com o intuito de torná-los realidade, seria quase impossível que isso acontecesse.

Apesar de a pessoa apresentar comportamentos compulsivos com a intenção de aliviar a ansiedade e afastar o medo, o prejuízo por eles causado pode ser muito maior do que o aparente benefício. Primeiro, porque o alívio é apenas temporário e a ansiedade ressurgirá assim que a pessoa voltar a ser assaltada pelos pensamentos obsessivos, tendo portanto de executar os rituais outra vez. Segundo, porque essa pessoa é acossada pela dúvida interminável, e assim, por mais cuidadosamente que tenha executado o ritual, sempre ficará em dúvida se esqueceu alguma coisa, obrigando-se então a fazer tudo de novo. Terceiro, porque em geral o conteúdo de suas obsessões se refere a acontecimentos improváveis de se concretizar, mas, em vez de agarrar-se a isso como fator mais importante, ela acaba acreditando que seus pensamentos obsessivos só não se tornam reais por executar os rituais, o que não deixa de ser uma atribuição de poder fantasiosa e irreal aos próprios pensamentos e ações.

Augusto, estudante de 19 anos, dá um exemplo justamente **deste** ponto:

Eu tinha um monte de manias — e ainda estou tentando me livrar de algumas — para evitar a morte de meu pai. Ele viaja muito por causa do trabalho, pega muito avião, E eu tinha aqueles pensamentos pirotécnicos de que o avião ia explodir ou cair. Como não conseguia parar de pensar nisso, tirava os dias em que ele ia embarcar pra não fazer nada. Ficava numa quarentena, ou “resguardo”, como minha irmã mais nova gosta de dizer pra me zoar. Daí, eu não

podia tomar banho naquele dia, nem pentear o cabelo, nem usar mais de três vezes determinada coisa, como rádio, computador ou mesmo o interruptor de luz. Se estourasse minha cota, tinha de pedir para alguém fazer ou, em último caso, usar uma luva.

Bem, meu pai não morria, e eu achava que isso não acontecia por causa das minhas manias. Não me passava pela cabeça que meu pai não tinha morrido simplesmente porque não tinha de ser. Muito bobo... Se eu morresse antes do meu pai, então meu pai ia morrer logo em seguida? Eu achava que sim... E pensava que era o único lesado que tinha isso. Descobrir que muita gente se sente assim também foi importante para mim, porque passei a acreditar que tinha jeito... E, ah, meu pai está bem vivo até hoje!

Compulsões mais comuns

Embora o conteúdo de nossos medos e pensamentos varie de uma pessoa para outra, sendo quase tão diferentes quanto são os indivíduos, alguns tipos de pensamento são bastante comuns no conjunto de pensamentos obsessivos, como vimos no capítulo anterior. Em consequência disso, os rituais, compulsões e manias quase sempre vão se enquadrar nos mesmos tipos, sendo o elemento comportamental de sua contraparte mental (os pensamentos). Assim, há rituais e compulsões de limpeza ou desinfecção, de checagem ou verificação, de contagem, de organização ou simetria, de colecionamento, de repetição e de atos mentais. Vamos falar um pouco de cada um deles:

Compulsão ou mania de limpeza e lavagem: lavar as mãos em excesso, a ponto de irritar e ferir a pele, tomar banhos intermináveis, executados com uma seqüência própria e predeterminada, usar em excesso produtos de limpeza como álcool, água sanitária, detergente etc.

Os rituais de limpeza estão relacionados às obsessões de mesma natureza (embora haja raros casos de compulsões puras, sem relatos de pensamentos repetitivos). Muitas vezes a pessoa

até evita tocar objetos significativos, pois ao tocá-los eles estarão automaticamente contaminados. Se tentar lavar o objeto, ainda ficará em dúvida: ele foi limpo ou contaminou também o pano e o detergente usados? E assim sucessivamente, até não restar nada que possa ser considerado "puro". Uma pessoa que faz rituais de limpeza pode, com facilidade, perder o dia inteiro em uma busca frenética de assepsia. Quando os rituais são executados na hora do banho, que pode durar horas, todo o processo de limpar-se precisa seguir regras rígidas, contadas por frequência, por tempo ou outros marcos de referência. Por exemplo, lavar o cabelo com determinado xampu, que deve ser deixado na cabeça por meia hora, e depois fazer uma segunda lavagem, já com outro frasco de xampu, pois o primeiro foi contaminado pelo manuseio. Todas as partes do corpo devem ser limpas dessa maneira rígida e, caso a pessoa tenha alguma dúvida sobre se deixou de executar um passo — o que é quase certo, dadas a tendência a duvidar e a complexidade do ritual de limpeza —, pode ter de começar tudo de novo, desperdiçando enorme tempo e dinheiro e prejudicando a saúde, já que são comuns os problemas de pele causados por exposição demasiada à água e a produtos de limpeza.

Compulsão ou mania de ordenação e simetria: rituais desgastantes são os que envolvem ordenação e organização. A pessoa que sofre com isso se obriga a guardar ou arrumar determinados objetos sempre da mesma forma, na mesma posição e, com frequência, mantendo alguma proporção ou simetria em relação a outros objetos. Ser organizado e sistemático é uma característica útil, só devemos desconfiar de que se trata de uma ritualização se a pessoa consumir muito tempo e experimentar grande sofrimento se não puder fazê-lo (ou duvidar de tê-lo feito "perfeitamente"). Para uma pessoa com tendência a desenvolver comportamentos de ritualização e ordenação, a prática do Feng Shui pode se tornar um problema. Não pelo Feng Shui em si, que é bastante interessante, mas porque ela certamente ficará em dúvida sobre a perfeição da posição de móveis e objetos e sentirá intensa ansiedade por medo de atrair maus fluidos.

Pode haver também a simetria do toque: a pessoa esbarra com o braço direito, ainda que por acaso, em um local e se vê obrigada a fazer o mesmo com o braço esquerdo.

Compulsão ou mania de verificação ou checagem: conferir inúmeras vezes janelas, portas, botões de fogão, torneiras, bicos de gás, se o filho já chegou da escola, se o ferro está desligado, se o despertador está programado para tocar na hora certa etc.

Nos rituais de checagem é que verificamos as proporções dramáticas que o componente de dúvida pode assumir. Como exemplo, imagine uma pessoa que, à hora de se deitar, começa a ser assaltada pelo pensamento de que o gás de cozinha pode estar escapando porque ela esqueceu um dos botões do fogão aberto. Logo pensa que alguma faísca improvável causará uma explosão ou que ela e outras pessoas da casa podem morrer pela inalação do gás. Esse pensamento é assustador, e a pessoa não consegue deixar de pensar nisso repetidas vezes. E, quanto mais pensa, mais ansiosa fica. E, quanto mais ansiosa se sente, maior é a urgência de fazer alguma coisa que impeça a tragédia. E, muito embora saiba que na verdade os botões do fogão estão fechados, porque ela mesma já tinha se certificado disso antes de se deitar, não é suficiente. Ela se levanta e verifica cuidadosamente os botões. Não uma vez, mas nove vezes, pois o número 3 é muito importante para ela, e ela se sente mais segura se checar os botões em três grupos de três. Agora menos ansiosa, porque tem certeza de que tudo está bem vedado, volta para a cama.

Em pouco tempo, porém, os mesmos pensamentos tornam a incomodá-la e a ansiedade aumenta outra vez. Sua certeza de tudo estar fechado se esfarela por completo. Ela precisa ir à cozinha de novo, embora saiba que isso é completamente irracional, e verificar tudo mais uma vez, daquele mesmo jeito. E essa cena pode se repetir um sem-número de vezes durante a noite, deixando-a exausta e prejudicando seu desempenho profissional no dia seguinte.

Esse é um caso típico de rituais de checagem, incluindo até mesmo alguns componentes de contagem. Para tal pessoa, desde criança o número 3 tem um significado especial, embora não consiga

recordar por quê. Ela imagina que seja por causa do costume antigo de isolar na madeira três vezes. Mas, para efeito de compulsão, poderia ser outro, como um número de sorte abstrato, a data de nascimento, o número de letras do próprio nome ou qualquer outra coisa que tenha um significado e à qual a pessoa atribua propriedades quase mágicas. Existem casos em que a pessoa só pega o terceiro ônibus que passar, só aceita dar determinado número de passos na calçada etc.

Compulsão ou mania de contagem: contar até dez em ordem crescente e decrescente, até cem a cada pensamento intruso e de conteúdo ruim que venha à mente etc. Pode ocorrer também a obrigatoriedade de uma ação (lavar as mãos, por exemplo) ter de ser repetida cinco, dez, dezoito, vinte vezes, ou qualquer outra quantidade, dependendo do pensamento mágico do paciente em relação a determinado número.

Compulsão ou mania de colecionamento: entulhamento da casa com caixas, jornais, vidros, contas pagas, manuais, agendas antigas, livros, laços de presente, restos de lápis, borrachas etc. Muitas vezes o espaço livre ou de circulação da casa fica extremamente restrito, para desespero dos familiares.

Esse é um dos rituais que temos visto surgir com mais frequência em nossa prática clínica. Podemos dizer que são aquelas pessoas "lixadeiras", "entulhonas", que não conseguem se desfazer de nenhum objeto, mesmo de jornais velhos ou latas já abertas e enferrujadas, pois acreditam que podem precisar delas. Em verdade, o componente maior envolvido seria o medo de vir a precisar de alguma coisa e não tê-la por perto. Muitas dessas pessoas ocupam todo o espaço disponível de sua casa com objetos velhos e usados os mais variados, a ponto de terem dificuldade de se locomover. E não podemos deixar de pensar que, caso algum dia elas realmente venham a precisar de algo que está no meio da mixórdia, é bem provável que não o encontrem.

Os riscos de manter compulsões como essa são enormes, abarcando desde a proliferação de ratos e insetos até o perigo de incêndios. Na pessoa com traços obsessivos apenas, isso pode ser vislumbrado no hábito de ter pena de usar ou gastar algum objeto

novo. Se é que a pessoa irá algum dia usá-lo, provavelmente já estará devorado pelas traças.

Compulsão ou mania de repetição: trata-se de repetições de ações menos específicas, como ligar e desligar o interruptor de luz, entrar e sair pela mesma porta, escrever a mesma frase várias vezes, apagar e reescrever, sair do quarto, ir até a cozinha e voltar diversas vezes. Quase sempre ocorrem em conjunto com outras, como ter de repetir a checagem certo número de vezes, a lavagem certo número de vezes, e assim por diante.

Compulsão ou mania mental: por serem encobertos, esses rituais são praticamente impossíveis de detectar, a menos que a pessoa que os tenha concorde em falar sobre eles. São atos mentais voluntários realizados para tentar neutralizar os pensamentos que geram intensa ansiedade, como rezar por horas a fio para evitar que algo ruim ocorra a alguém querido, pensar em coisas boas previamente determinadas para afastar as idéias desconfortáveis ou pensar em frases, palavras, números ou símbolos aos quais a pessoa atribuiu arbitrariamente significados de proteção e neutralização. Podem se apresentar ainda na forma de ruminções existenciais sem nenhum objetivo real de resposta (Como será Deus?, Qual o som do universo?, Como e em que exato momento a vida se extingue?).

Compulsões ou manias diversas: atos supersticiosos como só vestir roupas de determinada cor, só usar branco em dias santos, não usar roxo, marrom ou preto; cuspir ao passar por esquinas com velas; usar a mesma roupa em véspera de provas ou concursos; comprar carros da mesma cor etc.

Assim, podemos ver que as pessoas com TOC sofrem duplamente: não só consideram inaceitáveis determinados pensamentos como se obrigam a executar "neutralizações" que lhes tomam tempo, paciência e saúde, sob pena de, segundo sua ótica ansiosa, serem responsabilizadas por algum acontecimento terrível. Mal comparando, é como estar preso em um trem-fantasma de pensamentos ininterruptos, levando sustos a cada um deles e tendo de fazer o máximo possível para proteger a si mesmo e aos outros.

CAPÍTULO 4

Pavão misterioso, pássaro formoso

Tudo é mistério nesse teu voar

Ah, se eu corresse assim,

Muita história eu tinha para contar.

"Pavão misterioso" **Ednardo**

AS FACES OCULTAS DO PENSAR E AGIR: CARACTERÍSTICAS DO TOC

Até recentemente o transtorno obsessivo-compulsivo só era reconhecido em sua forma clássica, que, em outras palavras, corresponde às pessoas com um quadro de TOC grave. Como vimos, todas as alterações de comportamento que trazem limitações sociais, pessoais ou profissionais para as pessoas devem ser tratadas, independentemente da extensão e da intensidade dessas limitações. No caso do TOC, iremos encontrar sintomas desconfortáveis desde sua forma mais leve, passando pela moderada, até a mais grave. Esse espectro de intensidade de apresentação do TOC pode ser comparado a uma iluminação feita pelo sistema *dimer*, no qual a intensidade da luminosidade das lâmpadas é graduada por um pequeno botão giratório que confere ao ambiente desde um tom "à meia-luz" até o brilho do "sol do meio-dia". Entretanto, apenas os TOC do "sol do meio-dia" costumavam ser diagnosticados e tratados. Por isso as estatísticas sobre o TOC eram bastante distorcidas até bem pouco tempo atrás. Para ter uma idéia, no final da década de 1980 estimava-se que apenas 0,2% da população americana sofria com pensamentos impostos e repetitivos e ações ritualizadas realizadas de forma incontrolável. Segundo o psiquiatra norte-americano John Ratey, professor da Harvard Medical School, quase 4% da população em geral sofre de TOC e ele atinge igualmente homens e mulheres de diferentes países, culturas e níveis socioeconômicos. Os homens parecem levar uma pequena desvantagem quanto ao início dos sintomas e costumam apresentá-los mais precocemente, na infância. Assim, na faixa etária entre 4 e 10 anos, é mais freqüente ver meninos com sinais do transtorno do que meninas.

com essas estatísticas mais fidedignas, podemos dizer que o TOC não é um transtorno raro, pois, se recorrermos a um dado comparativo, veremos que de 2% a 3% da população mundial sofre de asma e diabetes. Isso significa que o TOC, anteriormente tido

como um quadro raro, é na realidade mais comum que doenças clínicas de maior visibilidade e reconhecimento popular.

Para ilustrar a importância da divulgação desse transtorno, transcrevemos o depoimento do médico dermatologista Marcondes, de 52 anos, que passou a se informar sobre o TOC depois de tentar insistentemente curar um paciente que não respondia a um tratamento para múltiplas lesões na pele:

Quando comecei a tratar esse paciente, em um hospital público, julgava ser um problema simples. Sem entrar em minúcias técnicas, estabeleci um tratamento medicamentoso tópico que resolveria o problema em relativo pouco tempo, se ele seguisse as recomendações. Mas ele voltava todo mês, trazido pela mãe, apesar de já ter seus 22 anos, e não havia melhora. Sempre fui um dermatologista orgulhoso de meus conhecimentos. Fiquei surpreso, mas mudei o programa de tratamento.

No quinto retorno desse paciente, sempre arrastado pela mãe, eu já estava abalado em minha autoconfiança, duvidando de minha competência e nutrindo uma abafada hostilidade em relação a ele, pois comecei a desconfiar que ele não seguia o tratamento. Nessa quinta consulta, pedi para conversar a sós com a mãe dele. Nunca tinha feito isso, porque no serviço público as filas são imensas e não podemos nos dar ao luxo de ficar mais de 15 minutos com um paciente. Mas precisava saber mais, mesmo que depois os outros pacientes na fila me olhassem atravessado.

Fiquei sabendo que o rapaz não trabalhava e evitava sair de casa. A mãe não sabia o que ele fazia durante o dia, pois ela trabalhava fora. Mas assegurava que ele usava os medicamentos, pois via as embalagens abertas e usadas. Aquela mãe não desconfiava de nada, mas eu pressentia que havia algo mais ali e encaminhei-o para o setor de psiquiatria.

Ele nunca mais voltou para a consulta comigo, mas uma colega psiquiatra me contou que ele mesmo se escoriava, coçando e apertando as feridas, retirando o que ele chamava de "casquinhas", que ele costumava guardar. Diagnóstico: TOC. Passei a me informar mais

sobre esse transtorno e agora estou bem atento a sinais que sugiram que a pessoa toma banhos prolongados ou tem outros comportamentos típicos do TOC.

Vergonha dos rituais

Vários fatores têm contribuído para a identificação de novos casos de TOC, como os avanços no conhecimento da bioquímica cerebral, a popularização do conhecimento científico na forma de literatura médica com linguagem acessível, o advento de exames sofisticados que possibilitam a observação do cérebro em funcionamento — a tomografia por emissão de fóton único (SPECT) e a tomografia por emissão de pósitron (PET SCAN) — e até a paixão de Hollywood pelos transtornos do comportamento (no caso do TOC, um bom exemplo é o filme *Melhor impossível*, ganhador do Oscar de 1998, em que o personagem de Jack Nicholson tinha manias de limpeza e medo de contaminação) e sua conseqüente divulgação para o grande público.

Recentemente, a atriz Luciana Vendramini relatou, em entrevistas, o drama pessoal de conviver seis anos com o TOC e o tratamento bem-sucedido que a livrou dos sintomas da doença. Com essa atitude ela incentiva aquelas pessoas que sofrem em silêncio, sem ao menos saber que existe tratamento, a buscar ajuda. Nos piores momentos de seu transtorno, Luciana chegou a tomar banhos de dez horas de duração e costumava ficar muitas horas calçada e imóvel na mesma posição para evitar nova contaminação. Luciana passou um ano sem sair de casa, três sem namorar e outros tantos sem trabalhar. Em uma declaração ao jornal *O Globo* de 7 de dezembro de 2003, ela relata um momento dramático e de grande sofrimento: "Cheguei a ficar 26 horas em pé, parada na frente de meu prédio, sem conseguir entrar porque, quando eu passava embaixo de um fio, fazia barulho. E aquilo era um sinal de ameaça: se eu desobedecesse ao aviso, algo de muito ruim iria acontecer. Era uma não-lógica que eu criei". Luciana buscou tratamento e hoje está recuperada, de volta à vida.

Apesar dessa maior divulgação, não é fácil, para quem tem TOC, contar que possui idéias e ações repetitivas e desagradáveis. Essas pessoas em geral têm consciência de que suas obsessões e compulsões são esquisitas e desprovidas de racionalidade ou lógica, e isso faz com que se sintam ridículas. Do ridículo à vergonha é um pulo, e essa vergonha de pensar e fazer coisas “estranhas” traz o medo do que “os outros possam pensar” e, em consequência, a ocultação dos sintomas. Em um grande número de casos de TOC, pessoas muito próximas do paciente (cônjuge, amigos, pais, irmãos etc.) não têm conhecimento de seus sintomas e do sofrimento produzido por eles.

Um exemplo da dificuldade de buscar ajuda por causa da vergonha é o depoimento de Livia, de 40 anos, professora e escritora, que descreve como começaram seus sintomas, relatando-os na forma de um conto:

Era um lindo dia de sol. Estava um pouco cansada, mas era um cansaço gostoso. Passara a manhã no clube nadando e tomando sol com minha prima e mais duas amigas. Deitada na cama depois do banho, ainda enrolada na toalha, sentia as minhas pálpebras pesarem, enquanto olhava um raio de sol que escapava por uma fresta da cortina. Saindo daquele torpor agradável, fui invadida por um medo estranho ao observar pequenas partículas suspensas no ar, tornadas visíveis pela luz do sol. Comecei a pensar na quantidade de micróbios e bactérias que eu poderia estar respirando sem saber. Pensei na piscina onde nadara pela manhã, temendo estar sem cloro suficiente. Entrei de novo debaixo do chuveiro e fiquei lá pelo menos umas duas horas. A partir daí, mesmo consciente de meus exageros, não consigo controlar meus pensamentos e acabo limpando e desinfetando tudo o que vejo pela frente.

Meu senso de ridículo é hipertrofiado, pois os sintomas começaram há dois anos e consegui escondê-los da família e dos amigos. E, mesmo sabendo que precisava de ajuda, só procurei tratamento quatro meses atrás, pois até do médico eu temia o julgamento... Não atinava que o problema era tão comum que não suscitaria nenhuma reação negativa ou galhofeira por parte de psiquiatras e psicólogos,

Familiarizados com o que descobri ser o problema: TOC. Ainda pretendo escrever sobre isso, de como é estar presa em uma cela que nós mesmos erguemos ao redor de nossa mente.

Os portadores de TOC fazem de tudo para manter seus rituais e manias sob controle na frente de outras pessoas. Por isso é bastante comum que eles os limitem a ambientes onde tenham total privacidade, como seu quarto ou banheiro. No entanto, quando o quadro vai se agravando ou é agudizado por algum acontecimento gerador de ansiedade ou angústia (falecimento de um ente querido, término de relacionamento, perda de emprego etc.), os rituais saem totalmente do controle e as limitações trazidas pelo transtorno ficam evidentes, facilitando o diagnóstico e a busca de ajuda médica adequada.

Isso aconteceu com Bernardo quando ele tinha 15 anos:

Olha, eu fazia minhas maluquices na hora do banho. Fazia gestos de "isola", gestos que eu achava que protegeriam minha família de acontecimentos ruins, porque eu tinha uns pensamentos de que alguém podia ser atropelado, assaltado, baleado. Meus gestos "mágicos" iam aumentando cada vez mais — pois os pensamentos ruins não cediam e eu tinha medo de que eles acontecessem mesmo —, a ponto de quase se tornarem uma "dança".

Depois que minha irmã mais velha caiu da bicicleta quando passeava, aí piorou de vez. Minhas "mágicas" ainda não estavam suficientemente fortes, eu pensava. Eram vários movimentos e por fim meus pais ou irmãs espancavam a porta do banheiro. A gente só tem um banheiro. Daí, mesmo sabendo que era um baita micão, eu tentava completar os gestos no quarto de meus pais, para protegê-los. Minha irmã mais nova uma vez ficou observando, escondida, fazendo força para não rir: eu girava, me ajoelhava, esticava os braços para cima, esquerda, direita, para baixo, encostava a testa no chão... Era tanta coisa que nem me lembro direito. Eu sei que minha irmã saiu correndo, contou pra todo mundo. Minha mãe queria saber se eu estava usando drogas, se estava fazendo alguma simpatia.

Acho que eu nunca teria confessado se minha irmã não tivesse feito isso, e fico imaginando agora como a coisa poderia ter piorado. Resolvi contar tudo, porque não estava agüentando mais, e fui levado a um psicólogo. Eu me sentia o maior "prego" do mundo, mas o psicólogo me contou que já tinha lidado com vários casos semelhantes. Fiquei "bolado": ou eu não era tão doente quanto pensava, ou tinha muito mais gente "lesada" pelo mundo.

Calcula-se que o paciente com TOC possa levar em média sete anos, a partir do início dos sintomas, para receber tratamento específico. Em alguns casos extremos esse tempo pode chegar a vinte, trinta anos, e não raro o tratamento pode jamais ocorrer.

É o que nos conta Luísa, de 63 anos, sobre sua irmã mais velha, já falecida:

Só depois que Amália morreu descobri o que acontecia com ela. Ela sempre foi meio sistemática, chata, não gostava que mexessem nas coisas, tínhamos de entrar descalços na casa dela. Parece que a coisa piorou muito depois que se aposentou. A partir daí, empregada nenhuma parava com ela por mais de seis meses. Todas, ela dizia, eram "sujismundas" e relapsas. Viúva e sem filhos, ela morava sozinha. Então a gente não sabia muito o que acontecia por lá, mas desconfiava que o problema era com ela.

Depois que Amália se foi, de um ataque cardíaco, uma das meninas que trabalhavam lá contou que ela tomava banhos de três, quatro horas... Queria que elas limpassem as coisas repetidamente, mas sem encostar a pele. Elas tinham de vestir luvas, máscara, roupão. E tinham de tomar banho com detergente quando chegavam, entre outras coisas absurdas. Eu me sinto mal por ter considerado por tanto tempo que minha irmã era uma pessoa enjoada e esnobe. Se eu soubesse antes que era uma doença, nós poderíamos ter tentado ajudá-la. Quem sabe até ela não teria tantos problemas cardíacos e estaria viva se não levasse uma vida tão miserável, perseguida pelo medo de doenças e sujeira?

Como podemos constatar, o psiquiatra ou psicólogo nunca deve esperar que o paciente com TOC revele de pronto seus pensamentos e suas ações mais ocultas. No entanto existem indícios indiretos que podem ser decisivos no diagnóstico do transtorno. Entre eles podemos citar: longa permanência em banhos, mãos avermelhadas e pele descamativa, cabelos sempre molhados, gasto exagerado de sabonetes, xampus, produtos de limpeza e papel higiênico, demora em se vestir, atrasos constantes, repetição de algumas perguntas aparentemente sem sentido, lentidão na execução de tarefas cotidianas, alteração no rendimento escolar, profissional, social e afetivo, conferência constante de gás, portas, janelas, luzes, bicos do fogão, interesse exagerado por determinadas doenças.

É importante enfatizar que na maioria absoluta dos casos de TOC o indivíduo mantém sua capacidade de *insight* preservada, ou seja, ele tem noção da total falta de sentido de suas idéias e ações. Muitas vezes essa consciência leva a pessoa a uma enorme sensação de isolamento, chegando mesmo, como muitos pacientes relatam, a se sentir "a única criatura na face da Terra" a pensar e agir desse modo.

Solidão do pensar e agir

Ficar sozinho muitas vezes se torna o destino certo dos pacientes com TOC grave, uma vez que eles passam a evitar ou mesmo eliminar de sua vida situações ou locais que tenham o poder de despertar pensamentos ruins que geram intensa ansiedade e, dessa forma, acionam as tão desconfortáveis manias. Esse comportamento pode ocasionar incapacidade para executar até mesmo as tarefas mais corriqueiras do dia-a-dia, como cuidar dos filhos, cozinhar, ligar a TV, pegar em talheres, assistir a um programa sobre saúde, lavar roupa etc. Isso tende a provocar uma enorme dependência de outras pessoas, o que resulta em sérios desgastes nas relações cotidianas e em uma auto-estima muito negativa.

Elisa, de 33 anos, fonoaudióloga, relata como foi se isolando devido a seus medos e à vergonha de ser vista por alguém ao praticar os rituais:

Quando pequena costumava ficar atenta às conversas dos adultos. Ia para a sala quando minha mãe recebia visitas, prestava atenção quando minha avó falava ao telefone ou quando a empregada fazia comentários com todos da casa a respeito dos últimos crimes e tragédias acontecidos. Lembro que, apesar de fontes e temas variados, o que mais me impressionava de tudo o que ouvia era que as pessoas podiam sentir e fazer coisas que me pareciam estranhas. Quando, por exemplo, uma amiga de minha mãe dizia “Eu odeio o meu marido, seria capaz de matá-lo se ele aparecesse agora na minha frente”, eu pensava: “Nossa! Logo ela que parecia tão legal”. Várias vezes na hora do jantar eu comentava algum assunto que me surpreendia e era repreendida por estar me metendo em conversa de adultos.

Não lembro exatamente quando, já moça, comecei a temer que algum ato meu pudesse prejudicar alguém, mas sei que aos poucos meus pensamentos passaram a ficar rodopiando em minha cabeça fixados na mesma idéia. Nessa época eu lembrava das conversas que ouvia na infância e temia que, mesmo não querendo, pudesse ferir alguém. A primeira vez que me aborreci com um namorado tive medo que ele ficasse perto de mim e acabei dizendo: “É melhor terminarmos tudo, pois não sei o que sou capaz de fazer com você”. Ele, claro, nunca mais apareceu. Afinal, a briga tinha sido por um motivo muito tolo. Minha vida social foi ficando bastante prejudicada e meus medos aumentavam cada vez mais. Comecei então a cercar minha vida de cuidados, temendo que algum descuido fosse fatal. Acabei indo morar sozinha, não queria que ninguém me visse conferindo os botões do fogão, se a porta estava trancada, se os legumes estavam limpos de agrotóxicos e mais uma infinidade de etcetera!

Ampliação dos estímulos

Na maioria dos casos de TOC constatamos obsessões associadas a compulsões. No entanto podemos encontrar ainda apenas

idéias, imagens e impulsos obsessivos sem nenhuma associação com compulsões. O mais raro de ocorrer é a pessoa com TOC apresentar só compulsões, sem nenhum tipo de pensamento obsessivo elaborado. Nesses casos, as manias são desencadeadas por intensa e incontrolável sensação de imperfeição, desconforto e falta de completude. Por esses motivos, as ações são repetidas até que a pessoa experimente a sensação de que aquilo que ela está fazendo está "correto", "perfeito" e "completo".

É importante destacar que, na evolução do TOC, habitualmente ocorrem mudanças dos tipos de sintoma, ou seja, um indivíduo pode apresentar idéias fixas de contaminação (Aids, por exemplo), com manias de assepsia e desinfecção, e vir a apresentar manias de colecionamento (embalagens, bulas etc.) ou de verificação (portas, janelas, bicos de gás). Nesses casos, os primeiros rituais podem desaparecer em definitivo ou apenas temporariamente.

Como já dissemos, a gravidade dos casos de TOC é bastante variável. Em nossa prática clínica deparamos com casos desde bem leves até muito graves e limitantes. Nos leves, a pessoa consegue trabalhar, embora sofra desconfortos devido a algumas limitações cotidianas, como não conseguir freqüentar restaurantes, não receber visitas em casa, não ir a banheiros públicos. Os casos graves ocasionalmente apresentam aspecto incapacitante, uma vez que os sintomas podem interferir de forma maciça na capacidade produtiva do indivíduo, bem como na qualidade da vida pessoal, por consumir uma quantidade de tempo espantosa na realização de determinados rituais.

Um aspecto também muito interessante que na maioria das vezes acaba ocorrendo na evolução do quadro de pessoas com TOC é a ampliação ou generalização dos estímulos que desencadeiam as idéias indesejadas com as compulsões. Assim, uma pessoa com TOC que tenha idéias obsessivas de ser contaminada pelo HIV sofre profundo mal-estar toda vez que ouve falar da doença e, com a evolução do transtorno, pode passar a evitar o contato com pessoas infectadas com o vírus ou ir a hospitais e consultórios médicos que tratem portadores de HIV. Mais tarde, com a "ampliação", vai ocorrendo uma generalização para pessoas ou coisas su postamente

relacionadas à Aids. Dessa forma, ela pode deixar de cumprimentar maquiadores, cabeleireiros e estilistas de moda por pensar que essas áreas têm grande quantidade de profissionais homossexuais (ainda erroneamente considerados um grupo de risco por pessoas menos informadas).

Outro exemplo de ampliação é o paciente com idéias obsessivas de ferir alguém com facas. No início, ele evita pegar nesses objetos ou ir à cozinha de sua casa quando outra pessoa se encontra ali. Com o passar do tempo, pode optar por usar talheres de plástico em casa e não freqüentar nenhum restaurante, limitando-se a comer sanduíches ou salgadinhos quando está fora de casa, usando apenas guardanapos.

Uma pergunta muito freqüente feita pelos leigos sobre as idéias e principalmente as ações dos indivíduos com TOC: como pessoas inteligentes podem se deixar dominar por essas coisas? Pois é, sabemos que é difícil entender isso, no entanto o transtorno obsessivo-compulsivo não tem nenhum tipo de relação com o grau de inteligência de seu portador. Trata-se de um transtorno em que a razão perde de goleada para a emoção, e esta acaba por dominar todo o pensar e o agir dessas pessoas, que passam a ter idéias e atitudes que não queriam ter. Poderíamos defini-las como "solitárias prisioneiras de si mesmas".

Por fim, não podemos deixar de fazer uma observação que na prática clínica tem se mostrado essencial para o tratamento adequado e eficaz: por mais semelhantes que sejam os sintomas de pacientes com TOC, em especial os que apresentam os mesmos tipos de obsessões e rituais, cada pessoa vai reagir a suas limitações ou seus problemas de forma própria. Afinal, cada um de nós, com ou sem TOC, tem o seu jeitinho ou jeitão de ser, de acordo com os ingredientes que compõem a personalidade. Não existem dois pacientes iguais, ainda que ambos tenham transtorno obsessivo-compulsivo com os mesmos sintomas. Assim, o tratamento individualizado deve levar em conta não só as limitações (transtornos) como também os aspectos positivos de cada um, sem esquecer o contexto familiar, social, profissional e afetivo, pois é isso o que torna cada ser *uno*.

CAPÍTULO 5

No final da estrada

E você não sabe o que é

Se é fim ou é chegada

Na vida, no tempo

Na luz da escuridão

No mundo, no sonho

Na brasa, no carvão

O horizonte esconde

A ciência do onde

"De onde vem"? **Orlando Moraes**

DE ONDE ISSO VEM? AS PROVÁVEIS CAUSAS DO TOC

Muitas das pessoas que procuram nossa clínica por sofrer com suas idéias repetitivas, desagradáveis e seus rituais incontroláveis que tanto as envergonham nos perguntam, sedentas por saber, o que afinal causou seu TOC. Algumas chegam a trazer uma lista de possíveis preocupações, atitudes ou substâncias que teriam tido ou utilizado durante toda a vida na esperança de identificar o grande vilão desencadeador dessa verdadeira prisão mental que sua vida se tornou.

A resposta mais simples e sincera que podemos e fazemos questão de fornecer a essas pessoas é que não sabemos ainda o que causa o TOC, no entanto as pesquisas atuais vêm avançando rapidamente e fornecendo importantes diretrizes. Através dessas diretrizes, cientistas têm criado modelos hipotéticos com o intuito de chegar o mais próximo possível do entendimento global do transtorno obsessivo-compulsivo. Hoje se acredita que o TOC seja decorrente de um grande jogo em que fatores diversos se combinam, ora de forma quase balanceada, ora de forma a transformar determinado fator em ator principal, sem direito a coadjuvantes, nesse filme real chamado TOC.

Os fatores envolvidos nesse jogo são predisposição genética, situações de estresse, fatores neurobioquímicos, infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, alterações hormonais durante a evolução da gravidez e após o parto, fatores psicológicos, entre outros.

A interação desses diversos fatores tem fundamental importância na formação e no funcionamento das estruturas, dos circuitos e das conexões interneuronais. É esse quebra-cabeça sofisticado de fatores tão variáveis e individuais que determina o modo como cada cérebro vai funcionar. Uma pequena mas significativa alteração em um ou vários desses fatores pode fazer com que o cérebro aprisione a pessoa num padrão de pensamentos e

comportamentos repetitivos, sem sentido, desagradáveis e difíceis de ser controlados.

Temos de estar atentos para o fato de o TOC ser um transtorno que pode apresentar variados sintomas (manias de limpeza, de colecionamento, de verificação, de contagem, de simetria etc.) devido à interação dos diversos fatores já citados, uma vez que nenhum de nós é capaz de carregar os mesmos genes (carga genética ou hereditária) ou ser submetido às mesmas experiências externas (estresse, infecções, parto, traumas etc.) no mesmo tempo que outra pessoa. Se isso fosse possível, além de termos pessoas com TOC apresentando os mesmos pensamentos e os mesmos comportamentos, sem nenhum tipo de diferença, teríamos a oportunidade de fazer clones, muitos clones, um para ir ao trabalho, outro para comparecer à reunião de condomínio, outro para fazer dieta, outro para ir à academia todos os dias às sete da manhã, outro para nunca comer sobremesa, e assim por diante, tudo em nosso lugar. bom demais, se fosse possível!

Fatores genéticos

Antes de querer culpar seus ascendentes, lembre-se de que tudo tem um componente genético, inclusive as coisas boas! E, se você sair por aí culpando as gerações passadas, vai acabar chegando sabe aonde? Penso que em Deus. Então pare com isso, aceite as coisas e tente melhorar o presente.

Os pesquisadores americanos Rasmussen e Tsuang descreveram em um grande estudo os gêmeos univitelinos (aqueles que possuem o mesmo material genético) com TOC. O resultado revelou que 65% deles apresentavam pensamentos e ações (rituais) compatíveis com o transtorno obsessivo-compulsivo, embora, na maioria das vezes, fizessem rituais diferentes de seus pares (no caso, irmãos ou irmãs).

Algumas formas de TOC, independentemente de seus portadores serem gêmeos, estão associadas a uma predisposição genética maior. Entre os casos familiares, uma parte parece estar

relacionada aos transtornos de tiques, ocorre com mais frequência em homens e inicia-se na infância (a síndrome de Tourette, abordada no Capítulo 7).

Os estudos genéticos sugerem que não existe um único gene responsável pelo TOC, e sim vários, uns com maior, outros com menor influência sobre a manifestação do transtorno. Um estudo que de certa forma corrobora isso e abre também portas para novas possibilidades sobre a mesma e diversificada genética do espectro TOC (são transtornos que guardam semelhanças com o TOC, compartilhando com este características como sintomas, história familiar, respostas terapêuticas semelhantes, entre outros aspectos) é o de Hanna e Rosenberg, de 2000, que constatou que de 4,96% a 35%¹ de familiares de primeiro grau de pacientes portadores de TOC apresentavam sintomas que os enquadravam em algum transtorno do espectro TOC. O que isso significa exatamente ainda não sabemos ao certo, mas não podemos negar que, no mínimo, aí tem fumaça!

Infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A

A infecção por estreptococos é muito comum na população em geral. Certo tipo dessa bactéria, chamado estreptococo betahemolítico do grupo A (SBHGA), pode gerar uma doença conhecida como febre reumática, que se manifesta após uma infecção na garganta e pode causar inflamações nas articulações (artrite), no coração (cardite) e no cérebro (coréia).

Em 1989, Kiessling e col. observaram um aumento significativo de crianças com tiques após uma epidemia de febre reumática provocada por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A. A partir desse achado começou-se a especular se os mecanismos que levam à febre reumática poderiam levar também ao TOC.

1. Estas estatísticas se referem ao espectro TOC, e não somente ao TOC clássico.

No entanto, o que os estudos mais recentes parecem indicar é que esse grupo de crianças que desenvolvem TOC precocemente, acompanhado de tiques e cujos sintomas são desencadeados ou exacerbados por infecções por estreptococos, constitui uma população específica de pacientes que possuem mecanismos de defesa (imunológicos) alterados, que acabariam por lesar áreas e circuitos cerebrais, gerando as idéias obsessivas e as compulsões quase incontroláveis.

Como disse anteriormente, a febre reumática pode atingir as articulações, o coração e o cérebro. Quando atinge o cérebro, provoca um quadro clínico denominado coréia de Sydenham, ou dança-de-são-vito, por se tratar de movimentos uni ou bilaterais que lembram uma dança. Na criança que tem coréia, as pequenas estruturas cerebrais responsáveis pelos movimentos (gânglios da base) sofrem um processo inflamatório devido ao mecanismo de defesa alterado do paciente. Seus anticorpos, em vez de atacar e destruir a bactéria (estreptocócica), acabam atacando neurônios saudáveis da própria pessoa, causando sua destruição. Estudos realizados por Susan Sweedo e col. em 1993 e Ashbahr e col. em 1998 constataram que pelo menos 70% dos pacientes com coréia apresentavam sintomas obsessivos e compulsivos tais quais os pacientes que tinham TOC sem nenhum histórico de infecção bacteriana.

Sweedo e col. foram ainda mais longe e descreveram um grupo de pacientes nos quais os sintomas de TOC, tiques e coréia (distúrbio de movimentos) se iniciavam antes da puberdade, logo após uma infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A. Ela denominou este grupo com a sigla PANDAS (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders Associated with streptococcal infection*, ou transtornos neuroinfantopsiquiátricos associados a infecção por estreptococos).

CrITÉRIOS para diagnosticar PANDAS:

1. Presença de tiques ou TOC (de acordo com o DSM-IV, classificação americana para diagnóstico de alterações mentais).

2. Início entre 3 e 12 anos de idade.
3. Curso em episódios.
4. Associação neurológica, movimentos estranhos, especialmente coreiformes (feito dança).
5. Associação temporal com infecções pelos estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (SBHGA).

Em nosso meio a bactéria SBHGA é muito comum. Quando uma criança, depois de ter tido dor de garganta, com amigdalite e sinusite, apresentar tiques, sintomas de TOC, irritabilidade exacerbada e desatenção, é importante que se submeta aos exames ASO para pesquisa de anticorpos antiestreptolisina O, os anticorpos que nosso organismo produz após a infecção pelo SBHGA. São eles que produzem a inflamação e o edema nos gânglios da base que irão causar todos os transtornos descritos nos Pandas.

TOC versus serotonina

A grande maioria dos pacientes com TOC que procuram tratamento chega perguntando sobre uma substância chamada serotonina (um dos elementos químicos produzidos pelo cérebro que fazem com que as mensagens sejam transmitidas entre células nervosas). Isso acontece, em parte, pela facilidade com que o conhecimento vem sendo divulgado em nossos dias e também pelo fato de os portadores de TOC serem pessoas que costumam ser bastante meticolosas antes de tomar qualquer decisão. Assim, buscam informações para poder fazer seus questionamentos.

Estudos neurobioquímicos sugerem que algumas substâncias produzidas pelo cérebro para transmitir o impulso nervoso (neurotransmissores) são importantes no surgimento do TOC. Acredita-se, no entanto, que a serotonina seja, de fato, um elemento-chave nesse processo, uma vez que os medicamentos antidepressivos utilizados com indiscutível eficácia no tratamento das obsessões e compulsões agem preferencialmente sobre o metabolismo

desse neurotransmissor, aumentando de maneira significativa sua disponibilidade no cérebro.

Temos certeza de que a serotonina não está “sozinha nesta parada”, talvez ela apareça mais que outras substâncias, que por enquanto não podemos ver com tanta clareza. Pequenas participações, porém, já começam a surgir, ainda que timidamente, como a dopamina. Pacientes com TOC associado a tiques respondem melhor a um tratamento que combine antidepressivos que aumentem a serotonina e neurolépticos, substâncias que bloqueiam a transmissão da dopamina, regularizando assim os tiques tanto vocais como motores. Esse tipo de paciente com TOC associado a tiques parece ser um subgrupo específico e será visto em detalhes no Capítulo 7.

Regiões do cérebro envolvidas no TOC

Existem exames capazes de observar os volumes das estruturas cerebrais tal qual uma fotografia que tiramos para observar nossos contornos corporais. São a tomografia computadorizada de crânio e a ressonância magnética cerebral. Outros, mais sofisticados, permitem avaliar a atividade de todas as áreas cerebrais através da medida do consumo de glicose pelas células nervosas. Dessa maneira, podemos comparar o funcionamento (atividade cerebral) das várias regiões cerebrais das pessoas com TOC em relação às que não têm TOC e tentar assim estabelecer um padrão de atividade característico do funcionamento dos cérebros envolvidos

em obsessões e compulsões tão desagradáveis.

Os exames que permitem a visualização do funcionamento cerebral são a ressonância magnética funcional, a tomografia por emissão de fóton único (SPECT) e a tomografia por emissão de pósitron (PET SCAN). Atualmente, todas essas tecnologias já estão disponíveis no Brasil.

Os estudos de neuroimagem estrutural realizados até hoje em regiões cerebrais chamadas gânglios da base sugerem que a área que parece mais importante é a dos chamados núcleos

caudados. Já os estudos de neuroimagem funcional mostram um padrão alterado (com metabolização da glicose demasiadamente rápida) em um circuito cerebral que envolve estruturas conhecidas como córtex órbito-frontal (camada mais externa do cérebro) e núcleos caudados.

Para tentar entender melhor o que esses estudos de neuroimagem podem estar sinalizando, precisamos fornecer informações fundamentais sobre os gânglios da base, os lobos frontais e a metabolização de glicose em nível cerebral.

Os gânglios da base incluem os núcleos caudados, o putame e o *globus pallidus*. Tais gânglios constituem conjuntos de células nervosas localizados abaixo do córtex cerebral e são importantes para o início de ações e também o controle de nossos movimentos. No cérebro humano, os gânglios da base estão particularmente interligados e até sob controle dos lobos frontais e realizam com estes um trabalho de intensa colaboração funcional. Em relação aos núcleos caudados, esse intercâmbio é tão estreito que Elkhonon Goldberg, autor de *O Cérebro Executivo*, chega a considerá-los parte dos "lobos frontais maiores".

Os lobos frontais, por sua vez, estão especialmente adequados para a coordenação e a integração do trabalho realizado por todas as demais regiões cerebrais, tal qual o maestro regendo sua orquestra. Essa complexa e intensa conectividade exercida pelos lobos frontais implica um risco aumentado em "falhas operacionais", com o surgimento de transtornos comportamentais diversos.

No caso do TOC, os estudos de neuroimagem funcional indicam que a interligação entre o lobo frontal e os núcleos caudados se encontra alterada, apresentando uma disfunção que pode ser percebida pelo consumo exagerado de glicose marcada nos neurônios desse circuito, que, como vimos, é um indicador indireto do aumento das atividades metabólicas dessas células.

A glicose é o alimento utilizado pelo organismo para produzir toda a energia de que ele necessita para a realização de suas funções. Ela se origina da metabolização dos carboidratos ou

“açúcares” que ingerimos diariamente na alimentação. O cérebro, por sua vez, é o maior consumidor de glicose do organismo. Só ele consome sozinho um sexto de toda a glicose que circula em nosso sangue, todos os dias. Por essa razão, podemos obter informações preciosas sobre o funcionamento do cérebro medindo o consumo de glicose de cada uma de suas regiões. Isso é possível através de exames que visualizam a glicose se distribuindo pelo cérebro. É possível vê-la ora sendo bem captada pelos neurônios, ora tendo sua captação aumentada ou diminuída, tudo conforme a capacidade de metabolização das células do cérebro. A glicose, nesse caso, é marcada com substâncias químicas que a tornam fluorescente e de fácil visualização nos exames de neuroimagem.

Como os núcleos caudados estão envolvidos no início das ações e também no controle dos movimentos que realizamos e o lobo frontal tem o papel de coordenar e integrar essas ações e movimentos com todo o restante das atividades cerebrais (inclusive a filtragem de nossos pensamentos), podemos imaginar que uma disfunção nesse circuito tem todas as condições para desencadear pensamentos ilógicos e desagradáveis que não foram devidamente filtrados e ações repetitivas incômodas e, em parte, descontroladas. Eis aí os ingredientes do “bolo” TOC.

Gravidez

Donald Winnicott, pediatra e psicanalista britânico, chamou a atenção para a preocupação normal que toma conta de pais de primeira viagem e salientou a importância desse fato para o aumento da habilidade materna de organizar um ambiente seguro capaz de suprir física e psicologicamente o bebê.

Se pensarmos na evolução da espécie humana, percebemos que certas doses de comportamentos obsessivos e compulsivos de caráter materno-paternal são muito importantes para a segurança, •a saúde e a formação ética dos filhos em seus primeiros anos de vida. Tudo com grandes doses de amor, é claro!

Você que é mãe, está esperando um bebê ou mesmo adotou ou quer adotar uma criança, responda:

- Quantas horas por dia você fica pensando em sua "cria"?
- Quantas vezes você vai ao quarto do bebê, mesmo quando está tudo bem, só para assegurar-se de que realmente está tudo bem?
- Quantas vezes você fica preocupada se seu leite é bom, se o nenê está com fome, mesmo que ele não esteja chorando?
- E, quando você ouve notícias sobre uma nova pneumonia na China, pensa logo que o vírus vai pegar seu bebê a qualquer instante?

É importante destacar que, entre o oitavo mês de gravidez e os três primeiros meses após o parto, tais comportamentos são considerados normais e até adaptativos, desde que não tragam aos pais, em especial à mãe, um sentimento de ansiedade ou angústia extremadas, como alterar as orientações do pediatra por achá-las pouco seguras, entre outras atitudes exageradas. Por outro lado, temos deparado com casos que vêm chamando nossa atenção de forma preocupante. Mães no pós-parto relatam que sua mente é ocupada de sete a doze horas por dia com pensamentos sobre o bebê. Duas semanas após o parto, não podiam ficar cinco minutos sem pensar no filho, mesmo quando ele estava dormindo tranquilamente, sem manifestar nenhum tipo de sinal de desconforto. Numa maneira similar à que encontramos no TOC, essas mães descrevem uma série de comportamentos (rituais) com a intenção clara de evitar que qualquer mal ocorra com seu bebê. Esses comportamentos podem ir de checagens diversas no berçinho à limpeza e desinfecção da casa e proibição de visitas.

Hoje sabemos que existe uma sobreposição entre os sistemas neurobiológicos do TOC e os dos comportamentos maternos. Os gânglios da base, estruturas cerebrais envolvidas no TOC, também fazem parte do sistema da oxitocina. A oxitocina é um hormônio

que ajuda a liberar o leite materno, contrai o útero durante o parto e auxilia a liberação da placenta. Estudos recentes dão destaque a sua influência sobre alguns aspectos do comportamento materno.

Todos os estudos que correlacionam TOC e oxitocina parecem apontar para um subgrupo de mulheres que teriam sintomas de pensamentos obsessivos ritualísticos, ambos geradores de muito desconforto e sofrimento e iniciados durante ou logo após a gravidez. Embora haja fortes suspeitas quanto à participação dos estrogênios (hormônios femininos) nesse processo, é precipitado juntarmos peças de um jogo de probabilidades complexas. No entanto são elementos que devem ser levados em conta quando falamos de fatores que predispõem ao desenvolvimento do TOC.

Fatores psicológicos

Você já parou para pensar quem é você? Na realidade, nós somos nossa personalidade. Mas o que é nossa personalidade? Ela é resultado da interação daquilo que herdamos de nossos pais (nossa genética) com a totalidade de experiências que vamos adquirindo durante toda a vida. Ela reúne todos os comportamentos e sentimentos que desenvolvemos em respostas às circunstâncias da vida. Sua personalidade é seu modo próprio de reagir e interagir com o mundo.

Assim, fica claro que a carga genética é de fundamental importância para a constituição de nossa personalidade. Todavia, nossas vivências interpessoais também influenciam a pessoa que somos e que vamos nos tornando dia após dia. Dessa forma, o ambiente familiar, principalmente na infância, é muito propício a aprendizagens desfavoráveis ou desadaptativas. Pais com comportamento de medo e ansiedade têm grande probabilidade de ensinar aos filhos padrões semelhantes em função da exposição constante a esses padrões. Alguns pesquisadores acreditam ainda que o castigo excessivo por erros cometidos pode predispor pessoas a dúvidas obsessivas e rituais de checagem. Crescer observando os pais

ou irmãos executando rituais provavelmente leva a seu aprendizado, em maior ou menor extensão. Entretanto, a maioria dos pesquisadores concorda que só desenvolverá TOC, de fato, o indivíduo que for geneticamente predisposto a apresentar esse transtorno.

Em geral, os sintomas das pessoas que desenvolvem TOC se iniciam no final da adolescência e princípio da idade adulta, por volta dos 20, 25 anos, freqüentemente durante ou logo após um período de estresse (na família, em relacionamentos, no trabalho etc.). É incomum o TOC começar em idade avançada, a menos que o quadro esteja relacionado a uma depressão muito grave. Também é incomum o TOC resultar de uma lesão cerebral ou doença orgânica.

E, por fim, o mais importante, não interessa o que causa o TOC. Será que é preciso saber a origem exata do sofrimento para só depois ser feliz? E se você nunca descobrir que é Deus, não será feliz? E se você nunca descobrir por que um belo dia começou a beber e nunca mais soube parar, não poderá ser feliz? E se você não descobrir o porquê de tantos pensamentos obsessivos ou rituais — ou, pior, se descobrir e essa descoberta não fizer com que eles parem e você possa ser realmente feliz?

A ciência, com suas minicertezas, ainda assim pode iluminar escuridões ao provar através de pesquisas que, apesar de não ter respostas para muitas de nossas perguntas, pode nos ajudar de forma eficaz na maioria absoluta dos casos em que o sofrimento humano é alvo de atenção. Em relação ao TOC, mesmo que a vida pareça horrível no momento e você não tenha idéia de quando esse pesadelo começou, lembre-se de que a ciência tem uma certeza: independentemente da causa, a saída está em quebrar o círculo vicioso dos rituais. Para isso existe uma combinação exata de medicamentos adequados e psicoterapia cognitiva comportamental.

CAPÍTULO 6

Diga quem sou,

De onde vim,

Pra onde vou...

A nossa "Aurora" é assim

Começo... Desconheço... Que dirá o fim

Falamos da evolução...

Dos gigantescos animais

Somos vestígios naturais

Da transformação da vida

Daí surgiu a confusão.

"Aurora do povo brasileiro" **Samba da Beija-Flor de Nilópolis de 1996**

O TOC SOB A LUZ DA PSICOLOGIA EVOLUTIVA

Uma das mais fascinantes ciências dedicadas a estudar e compreender o comportamento humano é filha da psicologia cognitiva¹ e da biologia evolucionária²: a psicologia evolutiva (também chamada de psicologia evolucionária), que busca explicar comportamentos e funcionamentos mentais do ser humano sob a ótica da adaptação e da seleção natural. De acordo com a psicologia evolutiva, a seleção natural não explicaria somente adaptações fisiológicas e anatômicas fundamentais para a sobrevivência das espécies, mas também padrões de comportamento e, no caso do ser humano, de funcionamento mental.

Como um exemplo bastante simples e corriqueiro, podemos citar a conhecida ansiedade. O que é ansiedade? Uma sensação desagradável e angustiante, que pode variar de um mal-estar a um ataque de pânico? Sim, mas o que é realmente a ansiedade, por que todas as pessoas normais a têm — ainda que em diferentes graus —, qual é a função dela e seu valor para nossa sobrevivência, assim como de outras espécies? É esta a pergunta que nos

1. Definida como a mais poderosa teoria da mente já desenvolvida, a psicologia cognitiva transformou a psicologia, antes um conjunto vago de idéias pouco claras, em uma verdadeira ciência. A psicologia cognitiva parte de dois pressupostos básicos: de que as ações e comportamentos são causados por processos mentais e de que o cérebro humano é comparável a um computador (não no sentido que conhecemos, da máquina, e sim computador como um conjunto de operações para processar informações, capacidade de computação de estímulos e de dados do ambiente).

2. Ramo da biologia que explica o surgimento, evolução e modificação das espécies de base marcadamente darwiniana. No que tange ao ser humano, a biologia evolucionária entende a espécie humana como descendente de espécies de primatas que, em última instância, compartilha um mesmo ancestral comum com todos os seres vivos. É calcada nos conceitos de hereditariedade, mutação e seleção natural.

interessa. Certamente a ansiedade é um dos mecanismos de adaptação ao ambiente mais eficazes e bem-sucedidos, pois é compartilhado por uma infinidade de espécies, basta lembrarmos do gato que se arrepia à ave que levanta vôo assim que algo não familiar é percebido por ela. A ansiedade vem acompanhada da emoção do medo, que, embora não seja enaltecida em uma sociedade em que as pessoas sonham ser fortes e poderosas, é uma das emoções mais imprescindíveis a nossa vida.

Um estudo bastante citado quando se quer demonstrar a importância da emoção do medo é o que foi empreendido pelos cientistas americanos Randolph Nesse e George Williams com determinada espécie de peixe. Os cientistas notaram que naquele grupo de peixes, todos da mesma espécie, podiam ser divisados três tendências comportamentais em relação ao medo: um grupo de peixinhos mais corajosos e ousados, um segundo grupo de peixinhos mais cautelosos, porém com grau de ansiedade normal, e um terceiro grupo de peixinhos francamente mais temerosos e ansiosos. Ao introduzirem uma carpa no hábitat dos peixinhos, um peixe maior e de hábitos predadores, os pesquisadores perceberam que os peixinhos corajosos reagiam encarando e vigiando o intruso, os tímidos reagiam se escondendo e os normais não faziam uma coisa nem outra, apenas se afastavam. Ao final de dois dias e meio, 40% dos peixinhos tímidos e 15% dos normais ainda sobreviviam. Dos "corajosos" não sobrou nenhum para contar a história e passar seus genes adiante. Logo podemos entrever quais padrões de comportamento dessa espécie de peixe sobreviveriam em um hábitat compartilhado com vizinhos hostis.

Se quisermos transpor essa história para nossa própria espécie, imaginemos dois distantes antepassados nossos caminhando por uma selva, milhares de anos atrás. Eles podem estar fazendo uma ronda, pois alguns membros do grupo viram predadores. Enquanto caminham, percebem que as folhas de um arbusto próximo se movimentam suavemente. O menos ansioso dos dois pensará tratar-se de uma ação do vento, enquanto o mais ansioso imediatamente pensará na possibilidade de ser um predador escondido,

ao que seu sistema nervoso responderá ativando as mudanças fisiológicas típicas da resposta de ansiedade: taquicardia, pupilas dilatadas, suor frio, entre outras. Essa resposta, também chamada de reação de luta e fuga, que explicaremos mais adiante, poderá fazer com que este indivíduo corra para proteger-se ou esconder-se.

Se tiver sido uma lufada de vento, tudo terá acabado bem e os dois voltarão para sua caverna. No entanto, se realmente havia um predador escondido ali, podemos bem imaginar qual dos dois sobreviveu para contar a história e, mais importante, viveu para passar seus genes adiante. Nesse caso, a característica da ansiedade foi fundamental para a sobrevivência desse indivíduo, característica esta que seus descendentes herdarão. E é dos sobreviventes de tempos imemoriais que a humanidade descende, que nós descendemos.

Talvez hoje essas características não sejam tão fundamentais para nosso dia-a-dia e muitas vezes nos causem transtornos e sofrimento, em especial para aquelas pessoas mais predispostas à ansiedade. Contudo, elas são imprescindíveis tanto para nossa manutenção física como para nossa convivência social. Em psiquiatria e psicologia, sabe-se muito bem que a ausência ou quase ausência de ansiedade está no cerne de graves distúrbios de personalidade, como a psicopatia (ou sociopatia), tornando essas pessoas perigosas para si mesmas e, principalmente, para os outros, uma vez que elas não sentem nenhum tipo de ansiedade ou angústia, na forma de arrependimento ou medo por seus atos praticados.

A função imediata da ansiedade é proteger-nos. Quando ficamos ansiosos, sofremos uma série de mudanças fisiológicas cuja finalidade é preparar-nos para uma situação de luta e fuga. Nosso coração passa a bater mais rapidamente, pois é necessário que o sangue seja bombeado com maior velocidade para os músculos. A respiração se torna mais rápida, para que possamos absorver maior quantidade de oxigênio e eliminar gás carbônico. Nossas pupilas se dilatam, para que nosso sentido da visão fique mais sensível. Sentimos nossas extremidades — pés e mãos — frias,

já que todo o sangue se acumula nas partes centrais de nosso corpo com o fim primário de alimentar os grandes músculos e, secundariamente, evitar que percamos muito sangue caso soframos cortes e ferimentos nas extremidades, como é mais provável que aconteça. Frio também é nosso suor, para ajudar a equilibrar a temperatura do corpo e também torná-lo mais escorregadio, caso precisemos entrar em confronto corporal.

Do ponto de vista evolutivo, a reação de ansiedade é fantástica em sua complexidade e eficácia. E, assim como a ansiedade, várias outras características foram sendo desenvolvidas e selecionadas quando aumentavam a probabilidade de uma espécie adaptar-se a seu ambiente, sobreviver e multiplicar-se. Algumas dessas características podem ser tanto físicas, como desenvolvimento de membros, garras ou sentidos aguçados que auxiliem, na caça e na defesa, quanto comportamentais e psicológicas (no sentido de como o sistema nervoso processa as informações e responde a elas), como a preferência por certos tipos de alimento, a organização social e formas de comunicação entre membros da mesma espécie, que na humana atingiu um nível extremamente sofisticado e único: a linguagem.

Determinados comportamentos e medos típicos são tão universais e independentes da cultura que podemos concluir que já nascemos equipados com eles, como características que foram selecionadas por milhares de anos através da seleção natural e se fixaram como parte de nossa bagagem. Um deles é o medo do escuro. As pessoas podem até mentir, dizendo que não têm, ou podem tê-lo domado, enfrentando-o. Mas o fato é que todos sentimos esse medo. E, se alguém não o sentir, que não se vanglorie, pois é sinal de que há algo errado.

Nossos antepassados longínquos precisavam ter medo do escuro, pois não tê-lo podia significar a diferença entre morrer e viver em um mundo antigo em que ainda não domávamos o fogo, não havíamos evoluído à condição de *Homo sapiens*. Se pensarmos nos dois caçadores de novo e imaginarmos que um tinha medo de escuro e outro não, não precisamos refletir muito para

perceber qual dos dois teria maior possibilidade de sobrevivência em um ambiente com predadores e perigos naturais.

Portanto, ainda hoje, quando nos levantamos para fazer xixi de madrugada, costumamos ir meio pé ante pé, às vezes olhando para os lados e sentindo um estranho desconforto, acompanhado da vontade de olhar para trás. Muitas pessoas até voltam do banheiro num passo mais ligeiro e acelerado e se jogam na cama. Muita gente chega mesmo a segurar a vontade de fazer xixi. Na infância esse medo é muito maior, pois a criança ainda não desenvolveu percepções necessárias para relativizar seu medo e diluí-lo em um contexto em que possa saber se está segura. Entretanto, mesmo entre os adultos esse medo persiste de modo bem suave, tornando-nos mais alertas e ansiosos quando falta luz, por exemplo. A ameaça de apagões em 2002 nos fez lembrar com bastante clareza essa nossa condição evolutiva. Nunca se venderam tantas velas, lanternas, lamparinas, lampiões e geradores.

Hoje em dia não habitamos mais em florestas e campos nem temos predadores naturais (excetuando nós mesmos, mas isso é outra história). Porém o medo do escuro persiste e procuramos explicações para isso, atribuindo-o a outras circunstâncias, desde as implausíveis, como medo de ver fantasmas, até as infelizmente plausíveis (nos dias de hoje), como medo de ladrões, balas perdidas e até achadas, pois elas acham inocentes quase sempre.

Ultimamente, pesquisadores evolucionistas da área de psicologia e psiquiatria têm se debruçado sobre a questão dos transtornos da ansiedade (que incluem o TOC, o pânico e fobias, entre outros), vendo-os como desajustes de mecanismos naturais que, em seu funcionamento normal, possuem funções importantes e positivas. Dois psiquiatras britânicos, Riadh Abed e Karel de Pauw, engendraram uma interessante teoria que explica, sob a ótica evolucionista, a existência de pensamentos obsessivos e, por conseguinte, do TOC. O fato de a ocorrência de pensamentos obsessivos, em graus variados e por pelo menos determinado período da vida, ser universal e comum a todas as nacionalidades, culturas e classes sociais parece apoiar esse senso de que é uma característica

da espécie humana, resultante de um mecanismo de adaptação que cumpre determinada função.

Para entendermos que função seria esta, precisamos rever rapidamente a função da ansiedade, que é nos proteger e nos colocar em condições de defesa ou de fuga diante de um perigo percebido, seja real, seja imaginário. Abed e Pauw chamam esta função da ansiedade de processo de redução de riscos (*risk avoidance process*) *on-line*. O *on-line* se refere ao imediatismo da situação. A ansiedade se apresenta como forma de evitação direta e imediata do risco. Haveria também um sistema *off-line* de redução de riscos, cuja função é gerar e prever possíveis cenários e situações potencialmente perigosos e, assim, evitá-los de antemão. Essa função mental ou cerebral seria o que os autores chamam de sistema involuntário de geração de cenários de risco, ou, no original, *involuntary risk scenario generating system* (IRSGS). Praticamente toda a humanidade possui essa função mental, e podemos percebê-la atuando quando olhamos atentamente antes de atravessar uma rua, entramos em um local desconhecido ou olhamos desconfiados para um alimento novo, por vezes cheirando-o ou tocando-o.

Essa também é uma função que foi e é vital para nossa sobrevivência e seria o que justamente vai mal nas pessoas que sofrem de TOC. Dizendo de outro modo, as pessoas com TOC sofrem por ter um IRSGS desregulado e superativado. Seus pensamentos obsessivos repetitivos seriam o resultado do descontrole dessa função mental, que causa em seu portador um comportamento intenso, contínuo e repetido de previsão e evitação de risco. Só de pensar que pode acontecer, o obsessivo já empreende rituais preventivos.

Abed e Pauw usam uma interessante metáfora para esse caso: o sistema imunológico. Nosso sistema imunológico, ao entrar em contato com antígenos (substâncias e microorganismos estranhos ao nosso organismo que podem ser potencialmente perigosos), passa a gerar anticorpos específicos para combatê-los e prevenir a instalação de alguma doença. Similarmente, nosso sistema

mental de geração e previsão de risco faz a mesma coisa, sendo que os antígenos seriam ambientes, circunstâncias e acontecimentos externos. Por outro lado, se nosso sistema imunológico está superativado e desregulado, ele passa a atacar o próprio organismo, causando as chamadas doenças auto-imunes. O TOC seria algo semelhante, em relação ao sistema de geração de riscos: uma doença auto-imune da mente, que aprisiona a pessoa numa falsa sensação de segurança e imunidade, mas infecta e entorpece toda a possibilidade de liberdade e felicidade, que trazem em sua mágica aceitar a vida do modo como ela é, incerta e insegura.

CAPÍTULO 7

Assim como

Todas as portas são diferentes

Aparentemente

Todos os caminhos são diferentes

Mas vão dar todos no mesmo lugar

Sim

O caminho do fogo é a água

Assim como

O caminho do barco é o porto

(...)

O caminho do reto é o torto

(...)

O caminho do acaso é a sorte

(...)

O caminho da vida é a morte,

"Caminhos II"

Raul Seixas

ESPECTRO TOC: ESTE ARCO-ÍRIS TEM MUITO MAIS DE SETE CORES

Semelhantes e afins do transtorno obsessivo-compulsivo

Nem tudo o que reluz é ouro, nem todo líquido escuro em uma tigela branca é açaí, mas que parece, parece, e muito. Esse ditado popular se aplica com perfeição aos transtornos que lembram muito o TOC, mas na verdade são alterações de comportamento que se constituem em uma entidade clínica independente por si só. São os chamados transtornos do espectro TOC, que em maior ou menor grau se assemelham ao TOC em diversos aspectos.

Os transtornos do espectro TOC partilham com o transtorno obsessivo-compulsivo muitas características, como sintomas, idade de início destes, curso ou evolução clínica, origem, história familiar, modo de transmissão genética, comorbidades (associação com outras alterações do comportamento) e, principalmente, respostas positivas aos mesmos tipos de tratamento prescritos aos indivíduos com TOC.

Apesar de relacionados com o TOC, alguns transtornos do espectro obsessivo-compulsivo levam as pessoas a procurar o risco e outros as conduzem ao sentido oposto, ou seja, a evitar o risco. Assim, quando alguém repete uma ação diversas vezes com o intuito de evitar que algo terrível que ele tenha pensado se concretize, estará evitando o risco compulsivamente. Por outro lado, alguém que joga sem parar, mesmo perdendo muito dinheiro, está, de maneira *compulsiva*, indo ao encontro do risco.

Dessa forma, dividimos os transtornos do espectro TOC em dois grandes pólos: o pólo da compulsividade (quando se foge do risco e de seus prováveis sofrimentos) e o pólo da impulsividade (quando a pessoa se lança ao risco e a seus possíveis prazeres).

Pólo da compulsividade — (Fuga do risco e do sofrimento)

Pólo da impulsividade (Busca do risco e do prazer)

Tanto os transtornos do pólo compulsivo como os do impulsivo podem apresentar causas e sintomas comuns e também compartilhar a mesma resposta a um tratamento farmacológico proposto ou instituído.

No pólo compulsivo encontraremos os seguintes transtornos:

- **TOC**

- Dismorfofobia
- Hipocondria
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Despersonalização
- Síndrome de Tourette

No pólo impulsivo temos:

- Jogo patológico
- Cleptomania
- Escoriações da pele
- Compulsão sexual
- Tricotilomania e onicofagia
- Compra compulsiva

Falaremos agora de cada um deles para que você possa observar as semelhanças que partilham com o TOC, as eventuais diferenças e as situações ocasionais em que essas alterações primas-irmãs acabam por dividir a mesma morada, as mesmas roupas e vivências.

PÓLO COMPULSIVO

Dismorfofobia, ou transtorno dismórfico corporal (TDC)

Quem não se lembra da madrasta da Branca de Neve? Ela até que era uma coroa bem bonita, guardadas as devidas proporções,

é claro. No entanto, a infeliz cismava que não era bonita o suficiente. E, como naquela época não havia medicina estética nem cirurgia plástica, a solução encontrada por ela para consertar seus defeitos estéticos foi tentar eliminar quem a fazia lembrar de suas imperfeições: sua enteada, Branca de Neve. É lógico que esta não era perfeita, até porque ninguém é, mas a compulsão da madrasta por alcançar um padrão de beleza nos fazia achar que a pequena "domadora dos sete anões" era a beleza personificada.

Hoje a fábula da Branca de Neve e os sete anões é revivida diariamente sob a forma de novas promessas de beleza, rejuvenescimento e poder de sedução, feitas por milhares de produtos da indústria de cosméticos, por novas técnicas cirúrgicas e não-cirúrgicas com fins estéticos e por incontáveis academias e spas com equipes multidisciplinares, que, além de produzir saúde, geram de quebra muita coisa bonita de se ver. A preocupação com a aparência física está na ordem do dia do ser humano moderno. Para onde se olhe, lá está algum tipo de padrão de beleza a nos influenciar de forma direta ou subliminar.

É claro que a mídia, a propaganda e o marketing têm grande participação nisso, mas não podemos negar que a espécie humana sempre teve a tendência de valorizar o belo, ainda que o conceito deste tenha variado muito de acordo com os valores culturais de determinado grupo social, bem como com a época em que o conceito era observado. Se assim não fosse, a vaidade e a luxúria não seriam fraquezas humanas a transcender dia após dia e toda a parafernália de estímulo a esse comportamento não surtiria nenhum tipo de efeito sobre nosso comportamento.

Não quero com tais observações questionar, em hipótese alguma, o benefício das cirurgias plásticas que visam corrigir defeitos congênitos ou mesmo aperfeiçoar discretos mas incomodativos aspectos característicos de uma constituição física. Nem o saudável hábito de freqüentar uma boa academia, ir ocasionalmente a um spa ou utilizar produtos que conservem a pele jovem e saudável. O problema está na falta de bom senso e no objetivo disso tudo. Se fizermos tudo isso com sensatez, visando ao nosso

82

bem-estar e sem nos tornar escravos na busca pela forma perfeita, estaremos cuidando da saúde.

Por outro lado, se nos preocuparmos em demasia com a aparência, a ponto de prejudicar, com isso, outros aspectos de nossa vida, corremos o risco de adoecer e alterar nossa maneira de tomar consciência de nossa forma corporal. É como se a mente tivesse ficado míope e não mais conseguisse fazer com que nos víssemos como realmente somos na frente do espelho. Só que essa miopia não é como a miopia dos impressionistas, que presenteou a humanidade com os girassóis de Van Gogh. Essa miopia só vê o erro, a imperfeição, a distorção. Se eles existem, ela os piora muito; se eles não existem, ela os cria e é capaz de aumentá-los com o tempo. Essa miopia da mente tem nome e até

sobrenome: dismorfofobia, ou transtorno dismórfico corporal.

Podemos definir o transtorno dismórfico corporal como a preocupação excessiva com um "defeito" corporal mínimo ou com "defeitos" corporais imaginários. Em ambas as situações, a pessoa vivencia enorme sofrimento por ter certeza de que seu "defeito" físico é de tal monta que todos a rejeitarão por aquele aspecto tão esteticamente desagradável. Como no TOC, os pensamentos se impõem à mente da pessoa, ela é tomada por preocupações exageradas em relação à aparência, das quais muitas vezes não consegue se livrar. Mas, diferentemente de quem sofre de TOC, os portadores de dismorfofobia não tendem a praticar rituais de limpeza, de colecionamento e de organização, a não ser o de verificar seu suposto grave defeito corporal. Costumam manifestar preocupação excessiva com a face (rugas, cicatrizes, acne, manchas, palidez, pêlos faciais, tamanho do nariz, orelhas ou lábios), seios, nádegas ou órgãos genitais. Inicialmente, procuram um clínico geral para solicitar orientação sobre seus possíveis defeitos. A grande maioria segue então para os dermatologistas e cirurgiões plásticos. Estima-se que de 7% a 10% dos pacientes que realizam cirurgias plásticas repetidas são portadores de dismorfofobia. É importante salientar que esses pacientes costumam omitir dos cirurgiões plásticos os pensamentos obsessivos sobre seus supostos

defeitos físicos. E muitas vezes, para realizar nova cirurgia no mesmo local do corpo, procuram outro profissional, alegando insatisfação com o resultado anterior.

Você já deve ter visto aqueles homens grandões, saradões, com músculos enormes, abdômens-tanque. Claro que viu, e nem precisa estar na praia, pois hoje eles estão por toda parte. São lindos, né? Nem tanto assim... Eles podem ser exemplos do que a medicina chama hoje de dismorfia muscular, vigorexia ou complexo de Adônis. A dismorfia muscular nada mais é do que uma variação do transtorno dismórfico corporal, na qual o indivíduo, apesar de possuir massa muscular evidente, se considera incapaz de exibir aos outros a massa muscular que gostaria de ter. É comum vermos esse quadro em homens dedicados ao fisiculturismo. Tornam-se, além de fanáticos por exercícios físicos musculares, praticantes de rigorosíssimos regimes alimentares à base de suplementos energéticos. Alguns chegam a utilizar anabolizantes para obter ganhos de massa muscular. O uso dessas substâncias causa alterações de comportamento a curto e médio prazo, sem falar dos graves problemas a longo prazo para a saúde física. Em nível comportamental, podemos destacar condutas agressivas e idéias de grandeza a curto prazo e depressão, isolamento social e abandono das atividades laborativas a longo prazo. Alguns desistem da carreira pela necessidade de ter mais tempo para "trabalhar" o corpo.

Os médicos devem sempre suspeitar do abuso de anabolizantes, observando o corpo dos pacientes. Em caso de dúvida, devem recorrer aos exames que medem as taxas sangüíneas dos esteróides, pois, afinal, elas não mentem jamais.

Ivan, de 22 anos, estudante de Direito, fala do processo de transformação de seu corpo:

Sempre fui um garoto franzino, do tipo que ninguém queria no time de futebol ou de vôlei. No início da adolescência, esse estereótipo do fracote sem graça começou a me incomodar muito, pois as meninas não me davam nenhuma atenção. Aos 14 anos, entrei para

uma academia de ginástica e em poucos meses já freqüentava as aulas de musculação todos os dias, durante duas horas. Com 18 anos, utilizava "bombas", energéticos e concentrados protéicos para reforçar a malhação. Aos 19 recebi o apelido de Rambo e meus colegas de infância já não me reconheciam ao me encontrar na rua. Atualmente passo oito horas do dia na academia e participo de concursos de fisiculturismo, mas ainda não consigo me achar forte e bonito o suficiente para me relacionar com mulheres de forma séria.

Para finalizar este item, é importante lembrar que, apesar de possuírem semelhanças e diferenças, o TOC e a dismorfofobia (incluindo a dismorfia muscular) são alterações que podem ocorrer ao mesmo tempo na mesma pessoa. Estudos recentes sugerem inclusive que a dismorfofobia é mais freqüente em familiares de pacientes com TOC quando comparado com a população em geral. Isso nos fala a favor de uma possível base genética, pelo menos parcialmente comum, para esses dois transtornos. E, como não poderia deixar de ser, acende mais uma luz nas possibilidades terapêuticas futuras.

Hipocondria

Nunca deixe uma caixa de remédio à vista de um hipocondríaco — para ele, isso é algo irresistível. O próximo passo é pegá-la e tentar descobrir, pela cor e pelas pequeninas letras de qualquer comprimido ou outra substância líquida ou pastosa, do que se trata, sua origem, seus efeitos colaterais e os riscos estatísticos de alterações cardíacas graves. Sem falar na bula. Se você conhece uma pessoa assim, não tome medicamentos nem fale sobre doenças perto dela e, por favor, não deixe suas bulas à vista. Isso seria maldade, ela realmente sofre com essas coisas.

A hipocondria caracteriza-se por idéias obsessivas sobre estar doente, o que acaba por gerar uma compulsão (mania) de checagem com as pessoas em redor e com médicos sobre possíveis diagnósticos e tratamentos. Enquanto no TOC o medo é de vir a

ficar doente, na hipocondria o medo é de estar doente. Os rituais de checagem reduzem apenas temporariamente a ansiedade de se sentir, em geral, muito enfermo.

Maria Helena, de 56 anos, viúva e dona-de-casa, conta que nos últimos oito meses sua vida se resumiu a consultórios médicos, clínicas de exames e pequenas internações hospitalares:

Tudo começou com uma dor de cabeça acompanhada de ligeira tontura. Fui tomada por um verdadeiro pavor de ter uma doença séria: um tumor cerebral maligno. Sempre que realizava uma nova consulta médica e, conseqüentemente, nova bateria de exames, um médico me reafirmava que eu não tinha nada de anormal. No entanto, em menos de uma semana, lá estava eu procurando um novo médico com o objetivo de recomeçar a busca definitiva de minha moléstia. Não conseguia pensar em mais nada, planejava meu funeral, só falava em meus últimos meses de vida. Tornei a vida de meus filhos insuportável.

As queixas mais comuns dos hipocondríacos envolvem o aparelho digestivo e o cardíaco. Eles de fato acreditam ter uma doença séria, não detectada, e não podem ser persuadidos do contrário através de exames físicos e laboratoriais negativos. Costumam recorrer a inúmeros especialistas devido à convicção de estarem com câncer de intestino, por exemplo, e recusam-se a acreditar nos médicos que asseguram o contrário, realizando assim uma via-crúcis ou um "doctor-shopping", com o objetivo de achar uma doença inexistente, para se tornar um doente sem moléstia oficial. Por incrível que pareça, os hipocondríacos costumam gozar de boa saúde, apesar de serem as únicas pessoas a não acreditar nisso. Estudos recentes revelam que eles chegam a viver de 3% a 5% mais que a população em geral. No entanto, por conta dessas ironias da vida, os hipocondríacos mais afoitos (uma pequena minoria) acabam correndo grande risco ao se submeter a diversos exames invasivos ou utilizar medicações inadequadas e

mesmo contra-indicadas para eles, e tudo isso sem nenhuma necessidade. Nesses casos, aí sim, podem de fato causar um prejuízo maior a sua saúde.

Anorexia nervosa

Quando eu era criança, falar palavrão era coisa séria, xingar alguém era briga na certa! Mas, quando se é criança, sempre se dá um jeito de extravasar a raiva, de dizer para aquela coleguinha que ela foi muito traidora em dançar quadrilha com seu "futuro" namorado e grande amor da sua vida, o Rodriguinho. Claro que você não pode contar a ninguém esses seus sentimentos tão secretos nem chamá-la de traidora na cara, muito menos de... Palavrão não podia mesmo! Então lembra que a Marcelinha que dançou com o Rodriguinho é muito magra, mas magra pra caramba, e pra ofender de uma vez você manda: "Olívia Palito! É isso aí, Marcelinha, nenhum menino vai te querer, você é igual à Olívia Palito!".

Já houve tempo em que ser magra demais era motivo de vergonha e "encalhe" para muitas meninas e adolescentes. Pois é, para quem sofre de anorexia nervosa parece que esse tempo nunca existiu, uma vez que a pessoa portadora desse transtorno acaba por desenvolver uma verdadeira obsessão pela magreza física e um medo mórbido de ganhar peso. Na verdade, ocorre uma grave alteração na autopercepção da forma e/ou do tamanho do corpo. Embora se encontre excessivamente magra, a pessoa percebe seu corpo de maneira distorcida, se "vê" extremamente gorda, apesar das argumentações e dos comentários sensatos de parentes e amigos. Dessa maneira, ela recorre a jejuns (recusa em se alimentar), exercícios físicos prolongados, medicações para eliminar o apetite (bolinhas) e ainda laxantes e diuréticos. Com o passar do tempo, a anorexia pode ocasionar graves problemas à saúde geral do paciente, como desnutrição, anemia, depressão, osteoporose precoce, desidratação, problemas renais, cardíacos, hormonais etc.

Foi o que aconteceu com Maria Eduarda, de 15 anos. Carmen conta o sofrimento da filha nos últimos dois anos:

Há mais ou menos dois anos Duda começou a se interessar pela carreira de modelo. Na época ela fez um book e chegou a ser chamada para alguns trabalhos. Aos 14 anos, após ser reprovada em um teste em uma das agências especializadas nessa área, por ter sido considerada "gordinha" demais, passou a restringir sua alimentação de maneira radical com o objetivo de atingir seu peso ideal. Em três meses, Duda perdeu dez quilos, o que me levou a procurar um clínico geral, uma vez que, além da resistência em se alimentar, ela parou de menstruar, com ausência de três ciclos consecutivos. O clínico pediu uma série de exames para analisar o estado nutricional, metabólico e hormonal de minha filha e solicitou que eu procurasse um acompanhamento psiquiátrico para Duda o mais rápido possível, pois ela estava sofrendo de anorexia nervosa, um tipo de transtorno alimentar que vem acometendo adolescentes cada vez mais jovens, caso de Duda.

Como no TOC, na anorexia existem idéias obsessivas sobre determinado assunto. Neste caso a forma, o peso do corpo e ainda o número de calorias dos alimentos. Mas há uma diferença fundamental entre as obsessões da anorexia e as do TOC. Enquanto neste as idéias obsessivas são vivenciadas como estranhas e alheias ao paciente, na anorexia nervosa a pessoa encontra-se convencida de que deve ficar cada vez mais magra e não vê nada de estranho nessa certeza.

Mais de 90% dos casos de anorexia nervosa ocorrem com mulheres, e o transtorno se inicia geralmente durante os primeiros anos da adolescência. Sua prevalência é bem maior em sociedades industrializadas, nas quais há abundância de alimentos, luxo e luxúrias e, no que tange às mulheres, ser magra é ser atraente.

É o que sempre digo: não existem ganhos sem perdas. A mulher moderna não passa, não lava e não cozinha, em contrapartida é de bom-tom que não coma e, se o fizer, que seja pouco, bem pouco mesmo!

Bulimia nervosa

O homem, como animal consciente, viveu sempre o conflito existencial de não poder ser tudo o que almeja, ter tudo o que deseja ou ainda provar tudo o que a vida lhe apresenta como fascinante e sedutor a cada dia de sua jornada. Esbarramos sempre em nossa realidade essencial: temos de fazer escolhas a todo momento e a partir delas é que vamos tecendo a grande rede de segurança que nos amparará pela vida afora. É o velho dilema de Hamlet: ser ou não ser, eis a questão. Podemos estender esta questão para qualquer situação da nossa vida: lutar por nossos sonhos ou seguir os padrões e ser medianamente satisfeitos? Casar ou esperar o grande amor de nossa vida? Comprar um carro por prazer ou por liquidez? E assim poderíamos seguir indefinidamente.

Quando o assunto é comer, deparamos com o mesmo dilema: comer ou não comer? E mais: comer para viver ou por prazer? E quanto se come para cada um desses fins? E, quando comer é irresistível, um ato incontrollável e, além de tudo, tem um caráter insaciável (nenhuma quantidade basta), o que fazer com a culpa, a overdose de culpa desse ciclo, recheado de muita ansiedade e angústia, que ao girar sem parar tece um nó na alma de quem o vivencia? A bulimia nervosa é o ciclo e o nó juntos, transformando a vida das pessoas que sofrem com ela num verdadeiro martírio diário. Afinal, como a pessoa pode evitar o fator que desencadeia todo esse ciclo atormentador? A comida está em nosso cotidiano, habilitada por hábitos e horários culturais. Até hoje só os astronautas puderam abrir mão dela e vivenciar a independência na forma de pílulas alimentares. Mas isso é coisa para o futuro.

Na bulimia ocorrem ataques de hiperfagia (comer muito) num curto espaço de tempo, seguidos por comportamentos específicos que visam eliminar o excesso de calorias ingeridas e o possível ganho de peso delas advindo. O tipo de alimento consumido durante os ataques de "comer compulsivo" em geral são doces, sorvetes ou bolos.

Assim como os pacientes com TOC, os portadores de bulimia nervosa se envergonham de seus descontroles alimentares e procuram ocultar seus ataques de hiperfagia. Estes quase sempre ocorrem em segredo ou disfarçados tanto quanto lhes for possível. A ingestão periódica compulsiva de alimentos pode reduzir, temporariamente, um grande desconforto interno, no entanto autocríticas severas, aliadas a um sentimento depressivo, costumam dominar a cena pouco tempo depois.

Os comportamentos compensatórios para eliminar o excesso de calorias e prevenir o aumento de peso possuem caráter recorrente. A ação compensatória mais comum após um ataque de hiperfagia é a indução ao vômito, que ocorre entre 80% e 90% dos casos de bulimia nervosa. Os pacientes costumam utilizar os dedos para estimular o reflexo do vômito. Outras ações compensatórias incluem: uso indevido de laxantes e diuréticos, jejum por um ou mais dias, prática excessiva de exercícios na tentativa de compensar o ataque de comer compulsivo e o uso de hormônios tireoidianos para prevenir o ganho de peso.

Isso aconteceu com Carla, de 16 anos, estudante do ensino médio, que relata seu drama:

Sempre fui uma menina certinha, do tipo que se preocupa com o futuro e com o desempenho escolar. Há um ano comecei a ingerir grandes quantidades de comida de forma descontrolada. Passei a me isolar, evitando o contato com amigos. Com vergonha e com a auto-estima zerada, tentei em vão fazer dietas radicais. Junto com essas tentativas frustradas iniciei uma série incontável de vômitos provocados, comecei a tomar laxantes, diuréticos e até hormônios tireoidianos. A situação só foi controlada quando iniciei tratamento com um psiquiatra que me prescreveu antidepressivos e pediu que eu fizesse uma terapia associada.

A pessoa com bulimia nervosa tem a auto-estima quase inteiramente determinada pela forma ou pelo peso de seu corpo. Esse transtorno é mais freqüente entre as mulheres e costuma se

iniciar na adolescência. Muitas pessoas desconhecem ser um problema médico, que deve ser tratado com o intuito principal de aliviar o sofrimento de quem secretamente acha que vale apenas o que pesa.

Despersonalização

Sabe aqueles dias em que você levanta e tudo parece estranho, inclusive você? A sensação é de que alguém acionou a máquina do tempo e de repente, ao acordar e iniciar o ritual de todos os dias (levantar, desligar o despertador, escovar os dentes...), você depara com alguém no espelho que parece com você, age como você costuma agir, mas a sensação é de que algo mudou. Tudo em volta também tem um ar diferente. Então a empregada chama seu nome e diz que o café está servido. Uma desagradável ansiedade invade seu peito e você começa a sentir saudades do futuro próximo, quando voltará a ser você novamente! Será?

Essa pequena crônica traz algumas sensações de quem sofre de um transtorno pouco conhecido, a despersonalização, definida como a sensação subjetiva de irrealidade a respeito de vários aspectos de si próprio. A pessoa experimenta uma sensação de desconexão com o próprio corpo, seus pensamentos, sentimentos ou ações, ou seja, uma auto-estranheza. Quando esses episódios são recorrentes, podem ocasionar um grande desconforto, com comprometimento funcional da vida cotidiana da pessoa com esse tipo de transtorno.

A despersonalização ainda é pouco estudada e são quase inexistentes pesquisas epidemiológicas sobre o assunto. Sabe-se, no entanto, que ela compartilha de neurobioquímica semelhante à do TOC, o que nos possibilitou nos últimos anos obter respostas terapêuticas bastante satisfatórias ao aplicarmos os medicamentos utilizados no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. É a vida, sempre nos abrindo uma porta onde parecia ser necessário abrir um túnel.

Síndrome de Tourette

Todo mundo já ouviu falar em tique nervoso ou mesmo apresentou em algum momento da vida um pisca-pisca aqui, um coça-coça ali, um funga-funga acolá. É comum que as crianças tenham algum tipo de tique em um período restrito da infância. Contudo ele não costuma trazer nenhuma limitação ou dificuldade para a realização das tarefas cotidianas e sobretudo não impede que elas se relacionem socialmente sem maiores constrangimentos.

Na síndrome ou transtorno de Tourette — cujo nome se deve ao médico francês Gilles de la Tourette, que em 1884 descreveu alguns casos de pacientes que apresentavam alguns tiques nervosos —, a coisa é bem mais embaixo, como se costuma dizer na linguagem popular. Esse transtorno caracteriza-se pela presença de tiques vocais e motores. Os tiques vocais mais comuns são fungar, limpar a garganta, tossir, latir e uivar. Podemos ainda encontrar casos em que os pacientes repetem as próprias palavras (palilalia) ou palavras ditas por outras pessoas (ecolalia) ou ainda falam de maneira repetitiva palavrões ou obscenidades (coprolalia). Os tiques motores mais comuns são piscar os olhos, fazer caretas, torcer o nariz, encolher os ombros, movimentar o pescoço, morder os lábios, colocar a língua para fora, dar pulos, tocar em pessoas ou objetos e fazer movimentos com a cintura.

Situações de estresse, cansaço e exposição a outras pessoas, principalmente estranhos, pioram os tiques. Já a concentração em uma atividade prazerosa e estados de tranquilidade e relaxamento diminuem bastante sua ocorrência.

A síndrome de Tourette tem início na infância, em geral por volta dos 7, 8 anos. Com o passar do tempo os tiques tendem a revelar uma alternância em sua frequência, intensidade e localização. Trata-se de um transtorno raro, atingindo aproximadamente cinco pessoas em cada 10 mil, e de três a quatro vezes mais frequente no sexo masculino que no feminino. A ocorrência de mais de um caso de Tourette na mesma família nos faz acreditar no

forte caráter hereditário como uma das principais causas desse transtorno.

Existe um cruzamento onde as estradas do TOC e do Tourette por vezes se encontram. Os pacientes com TOC costumam apresentar tiques nervosos e uma pequena minoria tem síndrome de Tourette (essa parcela é pequena de fato, até porque o Tourette é um transtorno raro). Por outro lado, entre os pacientes portadores de Tourette, em torno de 50% deles apresentam transtorno obsessivo-compulsivo associado a seu quadro primário.

PÓLO IMPULSIVO

Jogo patológico

Façam suas apostas! O jogo vai começar!

Quem já não ouviu estas frases e não se imaginou num daqueles cassinos de Las Vegas ou Punta del Este. Ou, melhor ainda, quem não se lembra de algum filme envolvendo muita ação, romance, sexo, drogas e algum rock'n'roll ambientado em cassinos, bingos, corridas de cavalo, videopôquer ou ainda jogo do bicho, para não esquecer essa tradição tão carioca.

Em geral o jogo representa uma diversão que traz sentimentos diversos como o risco, a excitação e uma expectativa cheia de entusiasmo ante a possibilidade de alcançar o grande objetivo final: GANHAR. Jogar é de certa forma acreditar que a vida pode de uma hora para outra mudar totalmente, e para melhor, muito melhor. Assim, por esse ângulo, a grande maioria das pessoas joga porque precisa, mesmo por poucos momentos, sonhar e manter viva a esperança de dias melhores. Isso é muito fácil de observar em nosso país quando o prêmio de uma de nossas loterias (jogos oficiais) fica acumulado e oferece quantias muito altas, capazes de transformar o mais miserável dos homens em um homem rico da noite para o dia.

No transtorno chamado jogo patológico, a pessoa vai perdendo progressivamente a capacidade de resistir ao impulso de jogar, gerando assim prejuízos importantes em sua vida financeira,

profissional, familiar e social. Ela passa a pensar em jogo o tempo todo, sente uma vontade irresistível de jogar e durante o ato em si experimenta uma sensação de alívio, prazer e recompensa. A partir daí, o jogador compulsivo começa a jogar mais tempo e gastar mais dinheiro do que pretendia no início. Em vez de parar, ele volta a jogar com a justificativa de tentar recuperar o que perdeu e não consegue ver que a situação está piorando cada vez mais. Recorre então a empréstimos bancários, de amigos, familiares e agiotas, se desfaz de bens, troca cheques sem fundo e mente sobre seus problemas. Tudo isso para conseguir dinheiro para continuar jogando.

O jogo patológico, apesar de apresentar semelhanças com o TOC no que diz respeito às idéias obsessivas (neste caso, jogar, jogar, jogar), tem na origem de seu impulso diferença bastante marcada. O jogador patológico tem seu impulso direcionado para a busca do prazer e, em consequência, sua compulsão também (jogar e continuar cegamente, apesar dos prejuízos pessoais). Já no TOC, a pessoa que sofre com idéias obsessivas dos mais diversos tipos direciona seu impulso na forma de compulsão no sentido oposto, ou seja, evitar o risco de que essas idéias se tornem realidade. E para isso é capaz de abrir mão de qualquer possibilidade de prazer que os riscos trazem consigo.

Vamos lá! Façam suas apostas, o jogo vai começar!

Da próxima vez que ouvir estas frases, pense se você ou alguém muito querido não está apostando muito alto e por muito tempo. Entre a diversão e a compulsão de jogar o limite é tênue, mas só podemos antecipar os fatos, e neste caso vale, se pararmos para refletir. É preciso estar atento e forte, pois na última rodada da noite a banca aceita e cobra tudo, e o jogador descontrolado pode pagar até com a vida, que, diga-se de passagem, nunca mais volta atrás.

Cleptomania

Winona Ryder precisa furtar uma blusa em uma das mais caras boutiques de Beverly Hills? Claro que não! E então por que a

respeitada atriz americana foi presa realizando tal ato? Por causa da cleptomania.

E o que é isso? É a mania de furtar objetos nos mais diversos locais ou ocasiões. A pessoa pode praticar os furtos em lojas de departamentos, casas de parentes e amigos, supermercados, farmácias ou bancas de jornais. Tal qual ocorre no jogo patológico, a pessoa sente uma tensão crescente antes de cometer o furto e, no momento do ato em si, é tomada por uma sensação de prazer, alívio e gratificação.

É importante destacar que o cleptomaniaco não furta para acumular bens, enriquecer ou mesmo se vingar de alguém. Ele tem plena consciência de que o que está fazendo não é correto nem, na maioria das vezes, necessário, e por isso se sente culpado e com remorso. Em muitos casos procura diminuir sua culpa compensando as lojas e pessoas furtadas ou promovendo doações desses objetos a instituições de caridade.

A vergonha que essas pessoas sentem faz com que elas escondam seu problema de todos a seu redor. Esse fato contribui para que tenhamos poucas estatísticas que indiquem a real frequência da cleptomania na população em geral. No entanto sabemos que ela é mais comum entre as mulheres e seu início costuma ocorrer na adolescência ou no começo da vida adulta.

Como outras alterações em que o impulso toma forma de compulsão ou mania na busca do *prazer* atravessando a ponte chamada *risco*, os cleptomaniacos precisam de ajuda para quebrar esse ciclo que acaba por trazer mais dor do que prazer de fato. Até porque, se pararmos para pensar bem, o único prazer que é real, e por isso mesmo indolor, é ser quem somos, com as dores e delícias inerentes a essa intransferível experiência.

Escoriações da pele

Voltava para casa depois de mais uma comemoração de fim de ano junto com os colegas do escritório. Todos aqueles brindes e a

grande agitação só fizeram aumentar o aperto no coração que se instalara desde o início de dezembro.

O ano estava terminando. O inevitável balanço das perdas e ganhos, cedo ou tarde, acabaria por ser feito.

Não adiantava pensar que tudo não passava de uma grande bobagem, afinal a marcação do tempo é aleatória, uma ritualização que não pode influenciar sua vida. Que diferença faz se é 1º de janeiro ou 29 de setembro? Para que tanta ansiedade?

Gostaria de sentir-se livre desses condicionamentos, dessas convenções sociais. Mas sentada na penteadeira, cara a cara com o espelho, só conseguia pensar que passaria a noite do Ano-Novo só. Tivera três namorados durante o ano, e o último, que parecia o amor de sua vida, foi o que lhe causou a pior decepção. E no trabalho então! A nova diretoria, que prometia trazer grandes mudanças, aumentou as exigências burocráticas, tornando a execução dos serviços uma rotina ainda mais penosa. Estava estressada e ansiosa.

Fixou seu olhar nas marcas de acne. Percebeu uma pequena área avermelhada e um pouco protuberante. Começou a apertá-la, a princípio com delicadeza, prometendo a si mesma que só iria tirar aquela espinha.

Não foi o que aconteceu. Quando parou de cutucar a pele, algumas marcas antigas sangravam e seu rosto estava todo inchado. Parecia aliviada, mas em seus olhos era possível enxergar o prenúncio da tempestade.

Existem pessoas que literalmente se entregam a cutucar a pele repetidas vezes, gerando lesões visíveis, dolorosas, que sempre lhes deixam marcas, ou melhor, cicatrizes difíceis de esconder ou disfarçar. Essas lesões podem iniciar-se como resultado de esforços excessivos para manter a pele limpa, nos casos dos rituais de desinfecção, como já vimos. Porém, na maioria das vezes, as lesões têm origem em pequenas imperfeições momentâneas da pele como uma acne, uma pequena vesícula (de um pêlo encravado ou de um processo alérgico) ou um cravo, sobre os quais os pacientes exercem os atos de apertar, cutucar ou espremer.

Costumo dar preferência ao termo cutucar, pois, além de ser o mais utilizado pelos próprios pacientes ao confessarem seus homicídios cutâneos, é o termo americano usado para dar nome a esse transtorno, *s/c/n picking*, que traduz com exatidão a bagunça provocada na pele das pessoas que dele sofrem — até porque esse comportamento de cutucar lesões preexistentes acaba causando infecções secundárias e cicatrizes mais feias que as lesões originais.

As lesões — mais comuns no rosto, braços, coxas, pernas e tronco — são produzidas com as unhas, em geral à noite ou quando a pessoa se encontra sozinha diante do espelho. A inspeção visual e palpatória (toque) da pele precede a escoriação. Nesse momento o paciente experimenta uma sensação de tensão crescente, que só é aliviada com o ato de cutucar. Em seguida surge o sentimento de arrependimento e fracasso por não ter conseguido se controlar mais uma vez.

As escoriações da pele têm em comum com o TOC o fato de serem repetitivas, se realizarem contra a vontade da pessoa e trazerem um alívio de tensão, que a pessoa experimenta ao cutucar a pele.

É importante destacar que as escoriações da pele são bem mais comuns do que imaginamos. Entretanto, as pessoas que lesam repetidas vezes a face, os braços e as pernas costumam negar que isso seja um transtorno do comportamento. Dessa forma, elas procuram clínicas dermatológicas exigindo dos especialistas resultados perfeitos, impossíveis de serem alcançados nesse tipo de tratamento.

Compulsão sexual

Mais uma vez ele dobrava aquela esquina que o desviava do caminho de casa. O coração acelerado, as mãos apertadas fortemente no volante, a respiração ofegante, tudo antecipava o prazer do qual se tornara refém. O alarme contra incêndio é acionado no momento exato em que estaciona o carro. Esquecera de desligar o celular e agora tinha de atender a ligação. Do outro lado ouviu aquela voz conhecida, outrora tão querida, mas hoje soando como a de um juiz

implacável. Ela pergunta se ele ainda vai demorar muito, prometera levá-la ao cinema e depois jantar fora, Infelizmente o programa teria de ser adiado, pois ele precisava terminar um relatório urgente para o dia seguinte. A desculpa automática sai sem pensar, como a mensagem de uma secretária eletrônica. Ele desliga antes que ela comece a reclamar e fazer as ameaças de sempre. Já estava na porta do paraíso e nada mais poderia detê-lo.

O dia estava amanhecendo. Dentro do carro, olhando para o letreiro de luz néon, que sedutoramente pisca anunciando "Paraíso dos Prazeres Relax for Men", ele sente um frio na barriga ao lembrar da noiva chorando e borrando a maquiagem. Por quanto tempo ela iria agüentar? Sai dirigindo em disparada, jurando nunca mais adentrar aquela porta do inferno.

Pensando bem, nunca mais é muito tempo, ele tentava se justificar na noite seguinte, quando dobrava a esquina, só mais uma vez...

A compulsão sexual caracteriza-se por comportamentos e atos sexuais praticados de forma intensiva. É mais freqüente em homens e se agrava em momentos de estresse.

Numa sociedade historicamente ligada a uma cultura machista, que supervaloriza a virilidade do homem, em que ser garanhão é motivo de orgulho e reverência e a mulher mais romântica associa sexo com amor e espera que seu parceiro esteja sempre alerta, como perceber a linha divisória que separa a prática sexual saudável da compulsiva?

Nos consultórios médicos é bastante usual os pacientes perguntarem sobre a média de relações íntimas considerada normal. Não sabem ao certo se estão praticando demais ou estão aquém do resto da humanidade.

Considerando-se a diversidade dos fatores que contribuem para o aumento ou a diminuição da libido de cada pessoa, a alta freqüência da prática sexual, isoladamente, não determina um quadro patológico.

Quem sofre de compulsão sexual perde o controle de seu comportamento, mantendo uma atividade repetitiva e impulsiva na busca de mais prazer. Logo outros setores de sua vida acabam

prejudicados, como o trabalho e a família, e cada vez mais o prazer alcançado é seguido de um grande desconforto provocado por sentimentos de culpa, remorso e vergonha.

No transtorno obsessivo-compulsivo é comum a ocorrência de idéias obsessivas de conteúdo sexual. São imagens em geral desagradáveis para a pessoa, que invadem sua mente, deixando-a aflita e ansiosa. Ao contrário das compulsões sexuais que se caracterizam pela busca descontrolada do prazer, fazendo o paciente procurar muitas vezes explicações para suas práticas, no TOC os pensamentos obsessivos levam a comportamentos repetitivos que tentam afastar, neutralizar ou diminuir a ansiedade gerada, o que normalmente não predispõe a comportamentos sexuais repetitivos.

Tricotilomania e onicofagia

Lembram do Capitão Caverna? Coberto por aquela infinidade de pêlos desgrenhados e maltratados, com aspecto “eletrizado”, certamente o Capitão Caverna *não* tinha tricotilomania, pois se tivesse enxergaríamos algumas falhas naquela “maçaroca” toda.

A característica essencial da tricotilomania é o desejo ou impulso incontrolável de arrancar fios ou tufo de cabelo. Muitas vezes, esse comportamento pode se tornar tão automatizado que a pessoa age inadvertidamente, sem se aperceber dele. Pode se tornar tão grave a ponto de a pessoa ficar com extensas falhas no couro cabeludo ou até mesmo calva. Em geral quem sofre desse transtorno arranca fios do couro cabeludo, sobrancelhas ou cílios. Arrancar fios de outros locais, como barba e pêlos pubianos, são ocorrências bastante incomuns.

A atitude de *arrancar* fios em si já seria bastante estranha (e quem sofre de tricotilomania tem completa consciência da estranheza do próprio comportamento), mas, após arrancar os fios, muitas pessoas com esse transtorno ainda se engajam em comportamentos como alisar os fios, enrolando-os entre os dedos, passando-os por entre os lábios e brincando com eles de maneira

geral. Mais raramente, algumas chegam a comer as raízes dos fios ou mesmo a engoli-los inteiros, o que pode até levar à necessidade de cirurgia para a retirada dos bolos de fios que se formam.

As pessoas que sofrem de tricotilomania relatam a sensação de impossibilidade de resistir ao impulso de arrancar os cabelos, precedido da sensação de ansiedade e tensão antes de começar a puxar os fios. Depois de arrancá-los, sentem alívio ou mesmo satisfação e se dedicam à manipulação dos fios.

Não se sabe ao certo o que causa a tricotilomania, mas certamente o fator biológico e hereditário é predominante, em razão de sua grande ocorrência em famílias em que um dos membros já teve TOC ou algum dos transtornos do espectro TOC.

Em geral a tricotilomania começa na infância ou na adolescência. Na prática clínica, temos notado que muitos adolescentes começam a puxar os cabelos assim que percebem que a qualidade e a cor dos fios mudaram em razão das alterações naturais da adolescência. Isso é mais comum entre as meninas, que dizem não se conformar que o cabelo tenha ficado mais grosso, mais ondulado ou mais escuro. Assim, algumas se esmeram em catar fios destoantes do resto do cabelo. Usam o tato para sentir a textura dos fios ou ficam observando no espelho até detectar fios não assentados, crespos ou com qualquer outra característica que fuja ao padrão por elas desejado.

O ato de puxar os fios costuma ser precedido de duas situações curiosamente opostas entre si: ou uma situação de aumento de estresse, que cause ansiedade e nervosismo, ou situações tranquilas, de contemplação, em que a pessoa não tenha nada de imediato para fazer e fique pensando. Nestas últimas, com frequência a pessoa começará a puxar fios distraidamente.

Esse problema ganha contornos dramáticos porque causa danos à auto-estima das pessoas e muitas vezes também à sua estética. É comum que deixem de sair de casa, passem a usar bonés e evitem ir à praia, piscina ou se dedicar a quaisquer outras atividades em que exponham as falhas do couro cabeludo.

O tratamento, prolongado e difícil, envolve a necessidade de ganhar maior controle sobre os próprios impulsos, o que sempre vem após bastante esforço e perseverança.

Outro transtorno muito semelhante é a onicofagia, ou seja, o ato de roer as unhas. A onicofagia também envolve morder e mastigar (e freqüentemente engolir) os cantos das unhas, onde se observam feridas, manchas de sangue ou mesmo as famosas "casquinhas" (isso se a pessoa não as arrancar também e, fato mais incomum, mastigá-las). As características da onicofagia são praticamente iguais às da tricotilomania, ocorrendo nas mesmas situações e seguindo a mesma seqüência de impulso incontrolável, sensação de tensão e seu alívio.

O ato de mastigar ou engolir as lascas de unhas é mais raro, mas também é bastante prejudicial, pois eventualmente a cirurgia se fará necessária. E, no final das contas e pelo que observo, uma coisa é certa: a "denticure" não é nem um pouco estética.

Lana, de 30 anos, comerciante, concordou em partilhar conosco sua experiência:

Meu problema começou por volta dos 12 anos, no início da puberdade. Além de crescerem alguns pêlos nas axilas e na virilha e de minha pele ter ficado oleosa e já com algumas espinhas, reparei que meu cabelo não era mais o mesmo. Alguns fios mudaram bastante a textura, tornaram-se mais grossos e desagradáveis ao toque. Quis arrancá-los para que os pudesse observar e vi a mudança que estava acontecendo: a parte mais "antiga" do cabelo, a que era a metade final, era sedosa, de cor mais clara e perfeitamente lisa. A metade mais "nova", mais próxima da raiz, era mais grossa, escura e ondulada. A transição da textura do fio era súbita. Em algum momento, a raiz começou a produzir outro tipo de fio. Fiquei imaginando que isso deveria estar acontecendo em todo o meu cabelo e que ele iria mudar completamente. Guardei alguns desses fios e os levei ao meu dermatologista, que me explicou serem conseqüências naturais das mudanças hormonais pelas quais eu estava passando. Ele relatou que até durante a gravidez outras mudanças desse tipo podem ocorrer nas mulheres.

O que sei é que continuei a arrancar fios de cabelo para acompanhar a "transição". Nem todos os fios de meu cabelo mudaram, alguns continuam com aquela textura infantil, a maioria com uma textura intermediária, sem chegar a ser crespos. E outros mudaram muito, justamente os que ficam mais no alto da cabeça. Eles formam ondas ou crescem para cima, quebrando a "harmonia" do penteado. Comecei a arrancá-los sistematicamente. Com o passar do tempo percebi que o que fazia no início como produto de vaidade tornara-se um condicionamento, um "cacoete". Procurava esses fios entre os outros, mesmo que eles estivessem ocultos e, portanto, não estragassem meu penteado. Procurá-los e arrancá-los passou a ser um fim em si, estivessem ou não à vista. E depois disso desenvolvi a mania de ficar olhando-os e alisando-os entre meus dedos algumas vezes, antes de jogá-los fora.

Hoje em dia isso é tão automático que não percebo quando estou com a mão na cabeça procurando por eles. Meus amigos e familiares é que me avisam, para que eu pare. Se eles não fizessem isso, eu voltaria a ter falhas no alto da cabeça, como cheguei a ter entre os 17 e os 19 anos. Passei a me sentir muito mal, como um bicho qualquer que executa um comportamento padrão, que e/ou nasceu programado para fazer, já que hoje arranco os fios simplesmente por arrancá-los, além de fazer todo aquele ritual de alisamento e passá-los entre os dedos. Não é mais por causa da estética. Arrancar e passar entre os dedos é um fim em si. É quase como se me desse prazer, alívio. Estou começando um tratamento para isso, pois me recuso a pensar que um comportamento desses esteja fora do meu controle consciente.

Compra compulsiva

Quem sou eu? Quem é você? Quem somos nós?

Estas simples perguntas podem ser respondidas de maneiras diversas. Se quisermos nos focar no ato de consumir, poderíamos responder: alguém que consome, outro alguém que também consome e, finalmente, nós somos os indivíduos que consomem em uma sociedade consumista. Se nos fosse possível fazer tudo a que nos propomos todos os dias (trabalho, alimentação saudável,

atividade física, curso de aperfeiçoamento, lazer, cuidados com filhos e com a casa, atenção aos amigos, namorar porque ninguém é de ferro e dormir), nosso dia deveria ter, no mínimo, trinta horas. Como mudar o número de horas do dia está além de nossa condição humana, só nos resta fazer tudo, ou quase tudo, correndo, sem usufruir nada direito. Acabamos assim consumindo nosso lazer, nosso repouso, nossa saúde, nossos prazeres reais e principalmente nossos afetos. Antes de falarmos de consumo compulsivo propriamente dito, é importante que tenhamos em mente uma visão reflexiva e crítica sobre nossas verdadeiras necessidades de consumo e os fatores que as influenciam.

Na sociedade capitalista vários são os motivos que movem uma pessoa a comprar: necessidade real, carência afetiva, manutenção do status, adquirir poder ou projeção imediata, modismo, apelo do marketing, influência de determinado grupo de convívio, ilusão de segurança etc. Sabendo disso, o mercado sempre oferece algo novo para ser consumido com a promessa de ser mais bonito, mais prático, mais eficaz, mais tudo, enfim. Isso com o objetivo claro de desencadear em todos nós a compra por impulso, aquele algo a mais que compramos, em geral atraídos pelo apelo publicitário instantâneo.

Na compra compulsiva a situação é ainda mais complicada. A pessoa compra em quantidades exageradas, gastando em geral muito mais dinheiro do que pode, contraindo dívidas, passando cheques sem fundo (em geral pré-datados), gerando dessa forma prejuízos materiais e afetivos para si e para os familiares mais próximos.

A compra compulsiva é antecedida de um desejo incontrolável e no ato da compra costuma-se vivenciar um grande sentimento de alívio tensional, de prazer propriamente dito, ou ainda uma incrível sensação de poder e felicidade, segundo o relato de diversos pacientes. A essa onda boa seguem-se em geral a culpa e o remorso por ter fracassado diante da compulsão de comprar. Aqui também habitualmente deparamos com um transtorno "secreto", uma vez que o comprador evita falar sobre seu descontrole.

A compra compulsiva é mais freqüente entre as mulheres e seu início tende a ocorrer na juventude, por volta dos 18 anos, idade

em que os pais costumam presentear a maioria dos filhos com a liberação de talões de cheque ou cartões de crédito, muitas vezes de forma inadvertida. Maquiagem, jóias, roupas, bolsas, sapatos e perfumes são os objetos mais comprados.

Não podemos negar a forte influência que nossa cultura consumista exerce sobre esse transtorno, no entanto também é inegável o componente afetivo representado pelo vazio interno que os compradores compulsivos vivenciam nas profundezas de seu ser. comprar coisas materiais para preencher esse vazio é inútil. É preciso despertar nossa essência, nossos verdadeiros talentos e nossas reais potencialidades, deixando o *ser* real tomar posse desse território (vazio) onde o *ter* jamais consegue morada.

Antônia, de 39 anos, decoradora, casada e mãe de dois filhos, diz que sempre foi muito vaidosa e que o gosto por comprar vem de longa data, desde os 18 anos, quando seu pai abriu uma conta conjunta com ela:

Logo no início de minha vida bancária estourei meu limite duas vezes seguidas, mas meu pai achava que aquilo era coisa de adolescente em sua primeira viagem bancária. Depois de casada, meu marido tentou fazer com que organizasse minhas finanças, e isso deu origem a muitas brigas. Após o nascimento das crianças tudo piorou, deixei de trabalhar, consegui uma excelente babá e sempre que podia dava uma fugidinha ao shopping e acabava aproveitando as "ofertas imperdíveis" das liquidações e promoções. Afinal, se não as usasse, poderia guardar aquelas roupas maravilhosas e tão em conta para presentear amigas e conhecidas no Natal.

De promoção em promoção, a situação chegou a tal ponto que todos os dias eu esperava ansiosamente pela hora em que meu marido sairia para o trabalho levando as crianças para a escola, pois assim poderia ir às compras sem precisar dar explicações. A situação veio à tona quando meu marido descobriu que meus cartões estavam estourados e eu já não tinha talões de cheque por estar com dívidas no banco. Hoje, apesar do medo de perder meu marido, não sei como poderei resistir às super-promoções que virão logo após o Natal.

CAPÍTULO 8

Isso me dá...

Tic Tic nervoso

Tic Tic nervoso.

"Tic Tic nervoso" **Magazine**

TOC EM CRIANÇAS: É DESDE CEDO QUE SE DEVE DESTORCER O PEPINO

Quase todo mundo já passou por uma fase durante a infância em que, como se costuma dizer, era cheio de manias. Em geral, essas manias estavam relacionadas a medos de que algo ruim pudesse acontecer com os pais ou com a própria criança. As famílias podem deixar passar despercebido porque, em grande parte das vezes, as crianças sentem que as manias são um exagero e morrem de vergonha, fazendo esforço para que ninguém perceba.

A situação pode ser um pouco mais preocupante quando a criança não tem consciência de que os pensamentos obsessivos são irreais e exagerados. Nesse caso, além de ter vergonha de falar sobre o problema, a criança acaba apresentando uma resistência muito grande em abrir mão dos rituais. Entre os adultos, essa falta de consciência, chamada de *insight* pobre, é bastante incomum. Como as crianças ainda revelam um pensamento concreto em que a realidade e a fantasia podem misturar-se, a frequência de casos em que elas acreditam que seus pensamentos obsessivos podem vir a acontecer e que os rituais realmente os impedem é bem maior do que entre adultos. Essas características chamam a atenção no depoimento de Regina, de 38 anos, mãe de Caio, de 8 anos, ao descrever o estado em que seu filho se encontrava antes de buscar tratamento:

Quando criança, eu também passei por uma fase de medo de que algo ruim acontecesse com meus pais. Eu me lembro de às vezes ir ao quarto deles, quando acordava de madrugada depois de um sonho ruim, e colocar o ouvido perto do rosto deles, para me certificar de que estavam respirando. Depois eu só conseguia dormir se rezasse três vezes o Pai-Nosso, a Ave-Maria e a Santa-Maria. Mas eu mesma achava aquilo meio doido e não contava para ninguém. O tempo passou e eu consegui superar esse medo, até porque não era nem de longe tão forte como o que meu filho viria a apresentar.

Demorei a perceber o que estava acontecendo com o Caio porque ele tentava esconder,.. Até que notei que sempre que ele ou alguém saía ou entrava em casa, atendia telefone, interfone e coisas assim, ele murmurava baixinho alguma coisa. Comecei então a 'reparar em outras coisas, como entrar no quarto sem pisar no portal, fazer gestos com as mãos etc. Tive de ser muito paciente até conseguir que ele se abrisse comigo. O problema é que ele tinha vergonha, mas não achava que aquelas manias fossem ridículas. Ele acreditava que eram necessárias e, pior, em vez de atribuir os pensamentos à própria mente, ele cismava que era alguém dentro da cabeça dele. Eu pirei, achei que meu filho estava ficando doido, apesar de não termos caso de psicóticos na família.

Conversei com uma amiga psicóloga e fiquei sabendo do TOC. Aí comecei a ligar uma coisa à outra, pois ele estava havia meses tendo queda nas notas no colégio e eu não conseguia entender o porquê. Ao me informar sobre o TOC, soube que o problema afeta a concentração e memorização das crianças, sem contar que os próprios rituais podem influir no tempo que a criança leva para terminar um teste ou exercício. E realmente, no colégio, fiquei sabendo que ele tinha manias esquisitas, mas as professoras não falavam nada porque também pensavam que fosse uma coisa dele. Agora ele está em tratamento. Levei muito material sobre o assunto para o colégio, e as professoras hoje não deixam escapar um detalhe e já encontraram mais duas crianças com sintomas semelhantes. Ele está melhorando muito, percebeu que os pensamentos vinham da própria cabecinha dele. E diz que o problema é que na cabeça dele tem muita "penseira", mistura de pensamento com besteira.

Transtorno de ansiedade de separação

O conteúdo das obsessões infantis muitas vezes está relacionado a medos primitivos do ser humano, como o medo de escuro ou de monstros imaginários. É bem comum também que os medos estejam relacionados a desamparo ou abandono, e nesse caso a preocupação com os pais povoa de fantasmas a mente da criança. Por causa disso, essa criança também apresentará, associado

ao TOC, outro transtorno de ansiedade: o transtorno de ansiedade de separação.

Pouquíssimo conhecido da população em geral, esse transtorno caracteriza-se pelo medo intenso da criança de perder uma figura importante de vinculação (na maior parte das vezes a ansiedade está focada na figura materna). Assim, a criança vigia os passos da mãe, do pai ou de ambos, apresenta muita angústia quando estes precisam ausentar-se, não suporta que eles não estejam sob suas vistas ou disponíveis em algum telefone ou meio de comunicação.

Essa criança muitas vezes não consegue concentrar-se quando está na escola, pensando e remoendo onde os pais podem estar e o que podem estar fazendo. Os prejuízos podem ser tão significativos que muitas mães se vêem obrigadas a abandonar o trabalho ou outras atividades para ficar ao alcance do filho, que aproveitará cada oportunidade disponível para telefonar ou verificar se a mãe está em segurança, em geral fazendo uma vigilância implacável. Se por acaso essa criança não conseguir localizar a mãe ou não tiver certeza de que ela, por exemplo, está quieta em casa, poderá ter crises de ansiedade intensas, com choro e uma dificuldade marcante para prestar atenção nas aulas, fazer exercícios ou outras tarefas necessárias.

A probabilidade de que as preocupações e os pensamentos relacionados com a mãe ou o pai se tornem obsessivos é muito grande, seguidos dos indefectíveis rituais. De fato, durante minha prática clínica tenho observado que a ocorrência conjunta dos dois transtornos é comum em crianças e eles são tão intimamente ligados que, para definir o que começou primeiro, é necessária minuciosa investigação clínica. É bastante difícil para algumas crianças lembrar o que veio primeiro: a preocupação exacerbada com os pais ou os pensamentos obsessivos e os rituais.

De acordo com as normas do DSM IV-R (Diagnóstico de Saúde Mental, IV Revisão, classificação americana específica para diagnóstico de alterações mentais), basta encontrar três dos oito

sintomas listados a seguir para caracterizar o transtorno de ansiedade de separação:

1. Sofrimento excessivo e recorrente diante da ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação.
2. Preocupação persistente e excessiva acerca da perda ou sobre possíveis perigos envolvendo figuras importantes de vinculação.
3. Preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação.
4. Relutância persistente ou recusa em ir à escola ou a qualquer outro lugar em razão do medo da separação.
5. Temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de vinculação em casa ou sem adultos significativos em outros contextos.
6. Relutância ou recusa persistente em dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou em pernoitar longe de casa.
7. Pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação.
8. Repetidas queixas de sintomas somáticos (cefaléias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação ocorre ou é prevista.

Assim, os pais precisam estar atentos a esses sinais e resistir à tentação de pensar que se trata de "grude" ou mimo quando a criança demonstra excessiva necessidade de sua presença, procurando certificar-se a todo momento de que um dos pais está por perto.

Danilo, engenheiro de 27 anos, fala de reminiscências de dezenove anos atrás:

Tinha verdadeiro pavor de que algo acontecesse com meus pais, principalmente com minha mãe, e eu ficasse só e desamparado no mundo. Se saísse com minha mãe e ela me pedisse para ficar em

uma fila de banco enquanto ia a outro, eu entrava em desespero, pois podia acontecer alguma coisa com ela no caminho ou talvez ela não voltasse para me buscar, Era engraçado, porque de um lado era como se minha mãe fosse a criança que não sabia se cuidar e de outro eu assumia esse papel, quando entrava em pânico só de pensar que poderia ser abandonado, E até hoje tenho uma desconfiança básica das pessoas. Não por desconfiar do caráter delas, e sim porque as vejo como fracas e volúveis, capazes de quebrar com a palavra ou mudar de planos e opiniões ao sabor de certas circunstâncias.

Voltando ao passado, eu tinha aquele pavor danado e muitos pensamentos ruins durante a maior parte do tempo, Nem sei dizer quando comecei a achar que pudessem se tornar reais, que o fato de tê-los repetidamente fosse um sinal de que algo ruim poderia acontecer a minha mãe. Daí comecei a ver sinais em tudo e a elaborar meus próprios contra-sinais: coisas que hoje em dia sei que são rituais compulsivos. Eram gestos de "isola", sinais-da-cruz, orações mentais, repetição de palavras... Só para citar o que lembro. Isso só começou a melhorar lá pelos 13 anos, quando eu já tinha permissão para sair sozinho, ir e voltar da escola, e percebi que não tinha como me perder de casa mais, pois sabia ire voltar para lá (mas fico sempre checando meus bolsos para ver se estou com dinheiro de passagem etc.). Mas o incômodo com as saídas de minha mãe, fora de minhas vistas, permanece.

Não sei se me tornei um adolescente atípico por causa disso ou se a tendência a ter tais características já me fez atípico. Assim, nunca fui de sair muito e ficava sempre lendo, perto de minha mãe, satisfeito por tê-la ali por perto, sob minha guarda, mesmo que ela estivesse quieta, sem dizer nada. Se ela tem, por exemplo, uma simples dor de gases presos, fico tenso só de pensar que pode ser algo no coração. O fato de ela ter me tido aos 45 anos e, portanto, ser bem mais velha aguçou minha tendência em lhe atribuir fragilidade. Minha namorada sabe que nossos planos de futuro incluem minha mãe, que temos de mimá-la, dar-lhe conforto e compensá-la por todos os aborrecimentos que eu, meus irmãos mais velhos e meu pai lhe demos. Assim, acho que fiquei com traços dessa "ansiedade de separação" e do TOC, Sempre desviro sapatos, vez ou outra vou até ela de noite para checar sua respiração. E tenho minhas maniazinhas

cotidianas. Atualmente estou me tratando por causa de uma depressão e foi com minha psiquiatra que descobri sem querer esses traços. Hoje estou usando uma medicação que atenua as duas coisas. Em resumo, o que me parece importante é que de fato tive os transtornos durante a infância e ninguém tinha noção... Embora aqueles sintomas específicos tenham recolhido suas garras, sinto que a falta de tratamento naquela época deixou cicatrizes em meu cérebro e em meu modo de encarar a vida, um pouco melancólico e desconfiado demais. Fico pensando em outras crianças na mesma situação e, se este meu pequeno relato puder fazer com que pais prestem mais atenção nessas coisas e ajudem seus filhos, algumas de minhas cicatrizes podem ir desaparecendo...

Em relação ao TOC, sabe-se que os meninos tendem a apresentá-lo mais cedo que as meninas, embora no cômputo geral as mulheres constituam ligeira maioria entre os pacientes. Como dissemos no início deste capítulo, boa parte das crianças vive uma fase de manias, que em geral somem de forma espontânea e não causam maiores prejuízos, passando muitas vezes despercebidas. No entanto, os pais devem ficar especialmente atentos se o filho começa a se mostrar um tanto sistemático, quer fazer as coisas sempre do mesmo jeito, guarda seus pertences sempre de determinada maneira, apresenta comportamentos e gestos um tanto estereotipados e padronizados. Outras características dignas de atenção são se a criança apresenta grande desconforto ao sujar-se, mexe incessantemente em pequenos machucadinhos e casquinhas (a ponto de a ferida demorar a cicatrizar e a pele ficar com manchas) e tende a repetir várias vezes as mesmas perguntas.

Síndrome de Tourette

Algumas crianças com TOC podem também apresentar ocorrência da síndrome de Tourette, que faz parte do espectro TOC, do qual falamos em detalhes no Capítulo 7. O Tourette se caracteriza por tiques motores e verbais: gestos repetitivos e incontroláveis como caretas, tremores, pigarreios, imitação de sons de

animais etc. Felizmente não é muito comum que uma criança com TOC desenvolva a síndrome de Tourette. Contudo, a relação não é tão favorável para a criança com Tourette: parte considerável delas desenvolve também o TOC.

Critérios do DSM-IV para reconhecer a síndrome de Tourette:

1. Múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais estão presentes em algum momento durante a doença, embora não necessariamente ao mesmo tempo.
2. Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia (em geral em ataques), quase todos os dias ou intermitentemente durante um período de mais de um ano, sendo que durante esse período jamais houve uma fase livre de tiques superior a três meses consecutivos.
3. A perturbação causa acentuado sofrimento ou prejuízo significativo ao funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.
4. O início se dá antes dos 18 anos de idade.
5. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (estimulantes, por exemplo) ou a uma condição médica geral (como doença de Huntington ou encefalite pós-viral).

No caso da síndrome de Tourette, é preciso que os pais estejam atentos e não pensem se tratar de simples "cacoetes" ou "manias". Este é um transtorno mais difícil de ser tratado, com alterações neurofuncionais mais pronunciadas, que demanda um tratamento constante por toda a vida. A sensação de incontrolabilidade é muito mais intensa em seus portadores que entre os pacientes de TOC simples.

Sobre um caso desse tipo, a assistente social Rosa, mãe de Felipe, de 9 anos, dá seu depoimento:

No começo, aos 7 anos do Fé, mais ou menos, a gente pensava que ele estava com cacoetes, que era uma bobeira que iria passar. Ele

fazia umas caretas, uns esgares com a boca e, quando eu notava que fazia muito isso, ele dizia que alguma coisa estava incomodando. Para mim, devia ser algum restinho de comida, e mandava-o escovar os dentes. Mesmo assim, como ele continuava, comecei a pensar que ele só podia fazer isso para provocar, pois a gente pedia e pedia para ele parar com aquelas caretas horríveis, que a certa altura já ocorriam em qualquer lugar, na escola, em festas, na frente de desconhecidos.

Certa vez ele teve uma explosão de choro e disse que ninguém acreditava nele, mas o fato é que ele não conseguia conter a vontade de fazer caretas e, quanto mais tentava controlar, mais se tornava intenso o incômodo que sentia. Nós tentamos entender, embora nos parecesse muito estranho. Meu marido, que é engenheiro, fez uma metáfora para que ele confirmasse se a gente conseguia entendê-lo direito: era como se fosse uma mola comprimida ao máximo, em que você aplica tanta força para contê-la a ponto de o cansaço se tornar grande. Por fim, você não aguenta mais, e a mola dispara a toda a pressão. Fé gritou: "É isso, papai! Papai, eu não quero ser assim, me ajuda". Ficamos às lágrimas.

Àquela altura, ele já tinha outros cacoetes, que variavam e se alternavam. Alguns eram óbvios e outros bastante discretos. Perguntamos ao pediatra dele o que achava. Ele nos falou do Tourette e nos recomendou um psiquiatra infantil. Hoje em dia Fé está melhor, toma medicações. No início resistimos muito à idéia de que, no caso do Tourette, o uso de medicação deveria ser permanente e constante. Procuramos terapias alternativas. Mas o componente biológico desse transtorno é muito forte. Descobrimos com a família que minha avó materna, falecida quando eu era bebê, também era assim. Mas, como ela vivia reclusa em casa, a coisa era colocada sob panos quentes.

Percebemos que era melhor para o Fé tomar os medicamentos a continuar com tiques que surgiam rapidamente e se tornavam mais complexos, afetando toda a vidinha dele. Ele chegou a desenvolver um em que tinha de encostara cabeça na batata da perna, enquanto com as mãos puxava as bochechas. Hoje em dia vemos a coisa da seguinte forma: se cardíacos e hipertensos precisam tomar uma medicação constante para manter-se em boas condições e até de forma preventiva, por que uma pessoa com um transtorno desses não pode usar medicamentos para o sistema nervoso da mesma

maneira? A resposta a que chegamos, consultando a nós mesmos e observando outras pessoas foi: preconceito. Preconceito e desinformação. Não há por que achar que certos transtornos são menos nobres que outros e desmerecem seu portador. Não tem lógica pensar que alterações no sistema nervoso que causam dificuldades de comportamento sejam mais vergonhosas que doenças como pneumonia ou diabetes. Acho que todos nós temos características latentes que, em determinadas condições, nos farão reagir ao estresse de determinadas maneiras. E alguns são mais sensíveis que outros... Então, que atire a primeira pedra quem nunca deu três toques na madeira pra isolar!

É importante que os pais estejam atentos ao surgimento de sinais de TOC, ansiedade de separação ou mesmo Tourette. Quanto mais cedo começar o tratamento, maiores são as possibilidades de que esses transtornos entrem em remissão completa, o que em linguagem médica significa não restarem sintomas residuais, com pouca chance de o transtorno voltar.

Quando se começa o tratamento para TOC na idade adulta, a marca deixada pelo transtorno pode ser tão insistente quanto certas manchas de roupa, embora felizmente não seja este o caso da maioria. No entanto, é certo que crianças que começam a tratar seu TOC desde cedo têm maior probabilidade de não apresentar recaídas, pois as mudanças causadas pela medicação e pela terapia comportamental costumam se consolidar com mais facilidade em um cérebro em desenvolvimento. E, como disse Rosa, achar que esse tipo de remédio não se dá a crianças é na verdade um preconceito, pois os benefícios de longe superam os possíveis efeitos colaterais, que são incomuns de acontecer e, quando ocorrem, podem ser de intensidade muito menor que os de alguns antibióticos e antiinflamatórios, por exemplo. Nesse caso, a família precisa pensar a longo prazo: livrar a criança de tornar-se um adulto cheio de manias.

CAPÍTULO 9

Família, família

Papai, mamãe, titia

Família, família

Almoça junto todo dia

Nunca perde essa mania.

"Família" **Titãs**

O DESAFIO DA PAZ EM CAMPO DE GUERRA: A DELICADA RELAÇÃO TOC X FAMÍLIA X AMIGOS E AFINS

As pessoas com TOC, na maioria absoluta dos casos, apresentam grandes dificuldades nas relações interpessoais, principalmente nas que envolvem uma convivência mais íntima e constante. Dessa forma, suas limitações nesse aspecto são mais observadas nas situações afetivas, sociais, profissionais ou escolares e familiares. Infelizmente, a constatação dessas dificuldades pode ocorrer na forma de perda de emprego, abandono escolar, ausência de vida social e lazer, rompimento de namoros, casamentos e amizades.

De todos os aspectos destacados, o que nos desperta maior apreensão é, sem dúvida, o que tange à convivência familiar de alguém que exibe um comportamento obsessivo-compulsivo. Em nenhum outro transtorno de saúde mental a família é tão envolvida como no TOC, e isso pode ocorrer de diversas maneiras: ajuda ativa na realização de tarefas cotidianas, como limpeza dos ambientes e objetos do paciente, preparo em separado de sua alimentação, resposta a uma mesma pergunta feita uma dezena de vezes, impossibilidade de utilizar determinados ambientes da casa em razão dos rituais do paciente, como banheiro (no caso dos rituais de higiene), quartos ou despensas (no caso de rituais de coleção), podendo nestes ocorrer um verdadeiro atulhamento de objetos inúteis, jornais e revistas velhas, que não podem ser tocados por ninguém etc. Dessa forma, gradativamente, sem que percebam, os familiares acabam tendo a vida limitada e transtornada pelas manias do portador de TOC.

Um exemplo disso é o depoimento de dona Gilda, mãe de Alexandre, hoje com 32 anos:

Eu me lembro bem de quando começaram as manias do Xande. Ele tinha feito 12 anos havia poucos meses. Eu e meu marido ficamos muito preocupados com aquele comportamento. Afinal, nenhum de nós exigia que ele se mantivesse tão limpo assim. Eram quatro horas de banho e mais três horas limpando seu quarto e, após

a limpeza de seus pertences, tornava a tomar mais um banho de uma hora com agentes bactericidas, Soapex e álcool principalmente. Procuramos vários médicos, que solicitavam exames que repetidamente davam resultados normais! Indicaram uma psicóloga, que iniciou uma terapia com ele de três sessões por semana. Após cinco meses, estávamos arrasados, pois nosso filho piorava dia após dia. Até que dois meses mais tarde ele chegou ao ponto de não conseguir fazer sozinho suas atividades cotidianas: tomar banho, comer, ir à escola, sair de casa, qualquer ação nunca se concluía.

Dava dó dele e da gente; nosso filho ali sofrendo e nós impotentes, sem saber o que fazer...

Esse sofrimento familiar quase sempre é vivido sem nenhuma informação nem orientação especializada, o que aumenta muito sua dimensão.

A família acaba agindo de forma emocional e imediatista. Assim, se a pessoa com TOC tem rituais compulsivos de desinfecção toda vez que ouve a palavra Aids, a família passa a não mais pronunciar a palavra em casa e a evitar qualquer situação que possa lembrar a doença, mesmo de forma indireta (ida a hospitais, doação de sangue etc.). Isso é feito com o intento de evitar "complicações" (mais e mais rituais). Por outro lado, há momentos em que os familiares estarão cansados ou envolvidos em seus próprios problemas e não responderão às solicitações da pessoa, podendo inclusive ficar bravos ou reagir de forma violenta. Tudo acontecerá conforme as circunstâncias do momento e, principalmente, as condições emocionais de cada membro da família.

Essa ação familiar instável — ora cede e não briga, ora não cede e briga — acaba propiciando que os comportamentos obsessivo-compulsivos se tornem cada vez mais resistentes e persistentes. E, o pior de tudo, a família vai ficando exausta, desgastada e profundamente frustrada por ver que, apesar de todo o seu esforço em tentativas intuitivas de ajuda, a situação do paciente e de todos ao redor só vai se agravando a cada dia. Nesse momento, a família inteira tem um imenso desgaste físico e psicológico. Sentimentos

contraditórios e dolorosos completam o cenário sombrio: desamparo, vergonha, pena, raiva, medo e frustração.

Sobre o sofrimento da família, dá seu depoimento Antônio, pai de Patrícia, hoje com 23 anos:

Patrícia é minha caçula. Sua chegada trouxe muita alegria a nós todos. Até os 19 anos sua vida e a nossa eram normais, tínhamos nossos atritos como todos os pais têm com os filhos. A partir de seu ingresso na faculdade de Direito, ela começou a apresentar pavor de cheiro de urina. Cada vez que ia ao banheiro urinar, tomava um banho. Nós não podíamos mais pronunciar esse verbo nem palavras associativas como uréia, urinol, fralda etc. Que época terrível, meu Deus! Só quem convive com esse problema pode ter noção do sofrimento dos familiares. Hoje Patrícia está sob tratamento medicamentoso e faz também terapia. Sua melhora é tão espantosa que em alguns momentos temos de lembrá-la de dar descarga no vaso sanitário! Mas disso não reclamamos. No fundo, ver nossa filha um pouco desleixada nos dá muita alegria.

As diversas formas do envolvimento familiar podem ser assim sintetizadas:

1. A família auxilia a pessoa a evitar situações que causem ansiedade, permite e propicia que ela realize seus rituais ou participa deles como co-autora.
2. Responde às perguntas checadoras, realizando o reassseguramento com a intenção de tranquilizar a pessoa.
3. Assume responsabilidades pela pessoa. Os familiares fazem retiradas de dinheiro ou pagam suas contas, pois alguns portadores de TOC não tocam em terminais de caixas eletrônicos nem em dinheiro. Ou atendem seus telefonemas, pois a pessoa não pega no telefone sem que ele seja previamente desinfetado.
4. Realiza mudanças na estruturação física da casa: separa quartos ou partes de armários só para a pessoa, aumenta o número de banheiros na casa etc.

5. Efetua mudanças nos hábitos cotidianos, como horário de dormir, preparo das refeições, tempo gasto nos hábitos de higiene, tipo de programação da TV e rádio etc.

6. Faz mudanças no convívio social, deixando de sair para ajudar a pessoa na realização dos rituais.

7. Altera os horários de trabalho. Um familiar, por exemplo, troca de turno no trabalho para auxiliar o paciente com TOC na rotina ritualística.

8. Deixa de receber visitas em casa para evitar ansiedade, brigas ou constrangimentos.

Para evitar que a relação família *versus* TOC chegue a estágios tão dramáticos, com ocorrência de brigas intensas, desespero, solidão e muita dor, é fundamental que se busque ajuda o mais rapidamente possível. Quanto mais cedo os pacientes e seus familiares forem atendidos por profissionais experientes e habituados com o TOC, mais eficaz será o tratamento. A precocidade do tratamento também é essencial para prevenir a depressão e o isolamento social, que quase sempre ocorrem nos indivíduos com TOC.

Muitas vezes, os familiares se preocupam com a influência negativa das manias de alguém com TOC sobre quem ainda está desenvolvendo sua personalidade, caso das crianças. Sobre esse assunto depõe Carlos, de 34 anos, marido de Raquel, de 29, e pai de Débora, de 11 meses.

Tudo começou após o nascimento de nossa única filha. A menina não podia chorar que a Raquel telefonava para o pediatra achando que algo grave estava acontecendo com o bebê. Várias vezes ela joga a comida da Debinha fora, pois acha que o cheiro não está bom. Toda noite vai muitas vezes até o berço da criança verificar se está coberta ou, pior, se está respirando. Eu sou pai, adoro minha filha, me preocupo, mas isso não pode ser normal, é muito exagero!

Será que a Raquel não percebe que é só pensamento ruim? Tenho receio de que isso venha a prejudicar minha filha mais tarde.

*Espero que no futuro a Debinha não tenha mania de doença, como a mãe.
Basta uma na família...*

Veremos nos capítulos 12 e 13, sobre o tratamento do TOC, que a combinação de terapêutica medicamentosa e psicoterapia comportamental tem se mostrado bastante eficaz na redução e no controle do comportamento obsessivo-compulsivo. Essa psicoterapia consiste basicamente em expor o paciente às situações ameaçadoras (geradoras de grande ansiedade) para que ele, com essa vivência, passe a acreditar que as conseqüências tão temidas pela não-execução dos rituais não ocorrem de fato. É claro que para o paciente essa proposta soa como um convite para dançar valsa com o inimigo e depois, de quebra, dormir com ele. Essa reação é bastante compreensível, pois o desconforto sentido pela pessoa com TOC é imenso e tudo o que ela mais quer na vida é fugir das coisas que disparam a urgência para efetuar seus rituais compulsivos.

A implantação dos procedimentos psicoterapêuticos (exposição e prevenção de respostas) só é possível com a participação ativa de toda a família e das pessoas que tenham convivência mais íntima com os indivíduos com TOC. Isso ocorre pelo próprio aspecto essencial dessa abordagem psicoterápica: ela necessita ser realizada de forma contínua em todas as situações cotidianas do paciente, não podendo jamais ficar restrita às sessões com o terapeuta.

Por essa característica da abordagem comportamental podemos afirmar, sem nenhum tipo de exagero, que os familiares e afins do paciente com TOC são peças fundamentais no êxito do tratamento. Sem essa colaboração, o índice de sucesso no controle das obsessões e compulsões (manias) é bastante reduzido. Gosto de deixar claro que, ao convocar a família para essa árdua missão, não estamos de forma alguma considerando que ela seja a origem ou a causa dos sintomas do indivíduo com TOC. Não há nenhuma pesquisa que mostre que alguma coisa feita por alguém tenha causado o TOC ou pudesse tê-lo prevenido. Isso serve para maridos e esposas também. É necessário que esse aspecto fique muito claro,

uma vez que sentimentos de culpa, raiva, rancor ou mágoa nunca colaboram na melhora das pessoas.

Se você tem um familiar ou um amigo com TOC e está disposto a ajudá-lo de fato, saiba que sofredores de TOC não conseguem simplesmente parar de fazer, e isso não significa que sejam fracos, impotentes, preguiçosos ou sem força de vontade. Você já deve ter ouvido falar de pessoas que pararam de fumar, de roer unhas ou de comer chocolate de uma hora para outra. As que sofrem de TOC, no entanto, têm pensamentos terríveis e ansiedades superpotentes que você com certeza nunca experimentou. A diferença entre estas e as que param e pronto é que precisam fazer isso de maneira gradual e aceitável para si mesmas. Do contrário poderão fracassar ou desistir de forma irreversível.

Sobre isso, recordamos o caso de Gustavo, um menino muito introvertido, na época com 12 anos. Seus pais chegaram a nossa clínica contando ter certeza de que o filho perguntava dezenas de vezes pelo fechamento de gás, portas e janelas só para levá-los à loucura. E mais, no fundo, a hora que ele quisesse, "pararia com aquelas idiotices".

A primeira coisa que esses pais tinham de aprender a fim de ajudar o filho era que ele não conseguia controlar suas "idiotices" tão facilmente assim, seu fracasso não dependia de sua vontade. Uma vez que percebessem isso, eles poderiam entender o comportamento do Gustavo e então teriam a oportunidade de reagir com menos frequência e raiva ao que viam como mera teimosia.

Não importa quão estranhos uma obsessão ou ritual possam parecer para você, não faça com que as pessoas com TOC sintam que seus pensamentos e ações são "loucos" ou "perigosos". Em vez disso, coloque-se no lugar delas tentando imaginar como você se sentiria se contasse a alguém sobre pensamentos sexuais ou violentos que não conseguisse tirar de sua mente, embora os achasse sem sentido. Pratique um velho ditado dos índios americanos: "Antes de julgar alguém, calce o sapato dessa pessoa, caminhe por uma milha, pare, reflita e depois faça seu julgamento".

Como se diz sempre, conselho, se fosse bom, não se dava, vendia-se — por isso mesmo não temos essa pretensão. O que faremos a seguir é destacar algumas dicas de familiares e amigos de portadores de TOC que em muitos anos de prática clínica nos ensinaram ser possível fazer a paz em campo de guerra. Elas serão úteis a todos aqueles que estiverem dispostos a exercer o papel de *helpers*, ou seja, uma pessoa que tem consciência de que os rituais são sintomas do TOC e que a única maneira de auxiliar o indivíduo com TOC em seu cotidiano é ajudá-lo a resistir a suas compulsões.

1. Apoie o portador de TOC quanto puder e sempre o elogie quando ele conseguir resistir aos rituais. Os pacientes afirmam que os elogios fazem toda a diferença, principalmente nas situações práticas mais difíceis.

2. Reconheça a realização, mesmo parcial, de objetivos. Às vezes os portadores de TOC não alcançam completamente o objetivo em determinada tarefa, a despeito de seus melhores esforços. A função do *helper* é animá-los, como neste exemplo de diálogo com um paciente de TOC: “Tudo bem, você ficou sem checar o gás por duas horas e vinte minutos. Na próxima semana chegaremos às três horas desejadas. Seu progresso está sendo grande, na semana passada conseguimos duas horas. Vamos lá!”.

3. Responda de forma honesta e segura a perguntas razoáveis que o portador de TOC lhe fizer, mas lembre-se de responder só uma vez. Se mais tarde ele lhe fizer a mesma pergunta use as seguintes afirmações: “*Você já sabe a resposta*” ou “*Não vamos falar mais nisso*”.

4. Tente, quando possível, exercer sua tarefa de impedi-lo de realizar os rituais de forma bem-humorada. Faça como Rui, casado com Valéria há dez anos, que há dois meses tomou consciência da gravidade dos rituais de limpeza e higiene pessoal dela e resolveu se oferecer para ser seu *helper* durante três meses. Depois de um

mês eles haviam conseguido vitórias significativas. Valéria diminuiu o uso de xampus, sabonetes, álcool, detergentes e produtos como Soapex, Germekill e Lisoform de tal maneira que Rui, em um momento em que os dois estavam fazendo os exercícios de resistir aos rituais, caiu em uma crise de riso, o que fez Valéria perguntar: "O que foi, Rui? Errei alguma coisa?". E ele respondeu: "Não, amor, é que em um mês eu pude ver que o que nós gastamos em produtos de limpeza nos daria um cruzeiro em Aruba de seis em seis meses, e a gente podia ficar limpinho nas águas azuis do Caribe". E ela até conseguiu rir de algumas bactérias oceânicas. O humor deve ser usado de forma sutil e carinhosa, caso contrário o portador de TOC poderá pensar que você está zombando dele ou de seus problemas.

5. Não faça críticas ásperas, do tipo: "Qual é o problema contigo? Você é muito fraco e preguiçoso, senão conseguiria fazer isso!". Críticas assim podem fazer com que o portador de TOC desista da terapia comportamental antes mesmo que tenha a chance de ver algum resultado.

6. Não alimente as obsessões. Como vimos, devemos responder às perguntas razoáveis feitas pelos portadores de TOC apenas uma vez. Alguns portadores, em busca de confirmação para suas obsessões, costumam fazer perguntas como "Eu realmente desliguei o gás?", "Eu disse alguma coisa obscena sem saber?" ou "Tem certeza de que eu tranquei a porta?". Responda sempre de forma agradável mas firme: "Nós concordamos em não falar sobre isso de novo!" ou "Você já sabe a resposta desta pergunta!", e então mude de assunto.

7. Não entre em discussões durante a prática dos exercícios. Seu papel é ajudar o portador de TOC, e não discutir com ele. Se ele ficar com raiva de você durante uma sessão prática ou tentar discutir, lembre-o de que esse é o objetivo que vocês traçaram e concordaram em atingir

juntos. Não tente convencer o portador de TOC de que suas obsessões estão erradas; ele sempre terá um argumento. Tente evitar cair nessa cilada e, em vez disso, responda: "Não vamos falar sobre isso" ou "Você já sabe a resposta".

Se, ao ler os itens acima, você pensou na possibilidade de ajudar efetivamente alguém com TOC, saiba que as qualidades mais importantes de um *helper* são conhecimento, compaixão, firmeza e paciência. E boa sorte nessa trajetória tão nobre quanto árdua de auxiliar alguém muito querido rumo a uma vida menos sofrida.

E se seu parente ou amigo se recusar a buscar tratamento ou negar que tem TOC?

Infelizmente, como essa é uma realidade que muitas famílias têm de enfrentar, resolvemos destacar esse assunto em uma seção especial. Depois que você sabe que o TOC é um transtorno que tem tratamento adequado e resultados eficazes, fica muito difícil aceitar essa situação, o que em geral desencadeia sentimentos de desesperança e raiva nas pessoas mais próximas do paciente. No entanto, você não terá escolha a não ser seguir sua vida enquanto lembra periodicamente o portador de sua disposição em ajudá-lo, de que tem consciência do desconforto e vergonha que ele sente dos próprios pensamentos e ações e de que existem pessoas especializadas que podem ajudá-lo através de um tratamento específico.

É óbvio que ver sofrer a pessoa que você ama enquanto ela poderia estar sendo ajudada é muito doloroso. Enquanto isso você, seus parentes e amigos devem buscar apoio em associações de familiares de pacientes com TOC (*veja algumas no fim do livro*) para reduzir seus sentimentos de desesperança e dividir suas angústias e frustrações.

É bom lembrar a velha piada da lâmpada: quantos bombeiros sarados, lindos, gentis e talentosos são necessários para trocar uma lâmpada? Resposta: um. Mas a lâmpada tem de querer ser trocada. Em outras palavras, se o portador de TOC não estiver motivado a controlar seus rituais, você não vai conseguir se motivar por ele. A vontade é um sentimento intransferível, é preciso que venha de dentro de cada um de nós.

Em nenhum momento você deve deixar de seguir o conselho fundamental dado neste capítulo: *nunca ajude o portador de TOC a executar seus rituais*. É um direito do portador não querer ajuda, mas você deve explicar a ele que não pode nem quer ser cúmplice na piora de seu problema.

CAPÍTULO 10

Meu filho vai ter

nome de santo

Quero o nome mais bonito

É preciso amar as pessoas

como se não houvesse amanhã.

(...)

O que você vai ser \quando você crescer?

"Pais e filhos"

Legião Urbana

COGNIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO

Perguntaram a um grão de TOC o que ele queria ser quando crescesse... Ele coçou a cabeça (três vezes), franziu a testa (três vezes) e respondeu: "COT, com certeza COT..". E todos os adultos TOC responderam: "Ah, se a gente soubesse disso antes...".

com esta fábula improvisada começamos a definir o que pretendemos seja o resultado bem-sucedido de um tratamento para TOC. Como sabemos, algumas das características mais marcantes das pessoas que apresentam TOC são o senso de responsabilidade exagerado, o remoer-se de dúvidas incessantes, o excesso de zelo e a busca de uma perfeição inalcançável. Estas são imagens em alto contraste, desequilibradas e hiperfuncionantes, de características que, de outro modo, são muito bem-vindas e até cobiçadas, mesmo pelas pessoas que se consideram libertas de quaisquer desejos de perfeição: a organização, a análise aguda e brilhante, o capricho, a responsabilidade, o poder de realização, a ação transmutadora de idéias em concretude, a condição mental que é o facho luminoso em mar nevoento que, contudo, se precisa navegar — COT

Pensado como a "inversão" de TOC, COT é a condição mental caracterizada pelo pensamento analítico (cognição), pela capacidade de sistematização e definição de objetivos (organização) e pela realização bem-sucedida (transformação). COT é cognição, organização e transformação, capacidades com que sonham até mesmo os mais descolados de nossa sociedade. Ser COT é ter o poder de traçar metas, rastrear seus passos necessários e chegar ao final do caminho com o objetivo cumprido, sentindo-se orgulhoso e em paz.

Antes de mais nada, gostaria de definir o que é condição mental. Para isso, uma boa comparação são os praticantes de esporte. Quem frequenta uma academia de ginástica sabe que algumas pessoas possuem uma estrutura que as favorece a ganhar massa muscular e condicionamento. Não obstante, mesmo as pessoas que não possuem essa característica podem condicionar-se e

ganhar massa muscular por meio de um trabalho sério, constante e perseverante com seu programa de exercícios. Entre os esportistas, também percebemos que alguns parecem especialmente aptos a suas modalidades, por sua grande resistência e capacidade respiratória, seu raciocínio espacial e outras habilidades. Entretanto, muitos treinos, boa vontade, perseverança, incentivo e uma série de outros apoios podem transformar pessoas frágeis e com pouco condicionamento em pessoas aptas a fazer a diferença, como o ex-jogador de futebol Artur Antunes Coimbra, o Zico.

Na área esportiva existem muitas outras histórias de superação, perseverança, disciplina e sacrifício. Na área do comportamento e da mente há também inúmeras outras histórias de luta e fé, como dos dependentes que lutam para livrar-se do álcool e das drogas, dos deprimidos que brigam contra a desesperança e dos fóbicos que enfrentam seus medos. Essas histórias são muito pouco conhecidas e divulgadas, pois ocorrem diariamente com pessoas comuns, como eu e você.

Assim como podemos perseguir um bom condicionamento físico, podemos nos esforçar por desenvolver uma boa condição mental, com pensamentos e sentimentos em equilíbrio, traduzidos em comportamentos eficazes e sensação de paz conosco mesmos. Com base em experiência e observação, pude constatar que uma das formas de boa condição mental é o que atrás denominamos COT. Como nos exemplos citados, percebi que algumas pessoas parecem ter propensão ou até maior facilidade para atingir a condição mental COT. Mas, ainda assim, autodisciplina, vontade e mudanças no estilo de vida podem levar pessoas sem essa propensão a transformar-se em COT.

Ao observar vários pacientes com TOC, percebo em muitos que, debaixo do lixo mental acumulado de que a mente não consegue se desfazer, está a possibilidade de desenvolvimento para a condição mental COT tolhida, diminuída em seu potencial de organização e realização. Observo com frequência que as pessoas que sofrem de TOC, em boa parte dos casos, tinham como ideal, ainda que inconscientemente, ser COT: organizadas, objetivas e práticas.

Infelizmente esse desejo acaba naufragando em intensa ansiedade, pois elas possuem fragilidades em sua estrutura mental e biológica — e o que era desejo de organização torna-se intolerância às mudanças ou a um ínfimo desalinho, o cuidado transforma-se em checagens repetidas, o gosto pelo asseio vira intenso asco por coisas e pessoas, o desejo de fazer bem-feito degenera em perfeccionismo irreal e procrastinação. Mas, como já dito, fragilidade não significa impossibilidade. Uma pessoa com TOC pode e deve *encarar* o caminho turbulento com paciência e perseverança, para reestruturar-se e atingir a sonhada condição mental COT.

Dito isso, gostaria de descrever as características dessas pessoas que tenho observado e denominado sob a sigla COT. Pessoas com essa condição mental são muito importantes em cargos de liderança, supervisão e consultoria. São aquelas que enxergam o que precisa ser realizado a longo prazo e agem com presteza em prazos apertados, traçando rotas em caminhos confusos.

No passado, acredito que foram indivíduos COT que lançaram a base da civilização, assentando grupos humanos em comunidades ordenadas, que passaram então de clãs nômades para um conjunto de pessoas que puderam se organizar, observar a natureza e descobrir-lhe os segredos, adaptando-as às necessidades humanas na forma de agricultura, pecuária, aperfeiçoamento de meios de comunicação e transporte, divisão de tarefas, realização de grandes conquistas, que, caso fossem orientadas apenas pela visão estreita do curto prazo e da sobrevivência imediata, jamais permitiriam ao ser humano engendrar grandes civilizações, cuja complexidade e funcionalidade os indivíduos COT são os mais capacitados a construir e aperfeiçoar. Instituições como governos, religiões e sistemas de justiça, lei e ordem são a expressão concreta e em grande escala do poder de realização dos indivíduos COT.

A seguir, algumas capacidades presentes em pessoas que atingiram essa condição mental:

1. Objetividade e praticidade. Se um COT precisa realizar determinada tarefa, ele estabelece os passos para fazê-lo

de forma encadeada e estruturada. Como, quando, onde e por que são questões que se apresentam ao indivíduo COT, que tenta respondê-las da maneira mais objetiva possível. Imagine que alguém tenha tido uma idéia brilhante, mas não consiga fazê-la sair do plano abstrato: esta é a hora para alguém de condição mental COT aparecer e transformar a idéia em realidade. Sabemos que o caminho mais curto entre dois pontos é uma linha reta, mas nem todos se mantêm firmes no trajeto, distraíndo-se com isto ou aquilo. Não é o caso dos COT. Se existirem duas maneiras de resolver um problema, o COT optará pela mais simples. Em ciência, considera-se que quanto mais simples for uma teoria — critério da parcimônia — melhor ela é. Os COT usam esse critério para o cotidiano, instintivamente.

2. Detalhamento. Um COT passa os olhos por um texto, por exemplo, e encontra possíveis erros rapidamente. A pessoa que escreveu o texto, não sendo COT, pode se perguntar: "Mas como não enxerguei isso antes?". Assim como encontram falhas, os COT percebem também pontos fortes onde ninguém estava prestando atenção.

3. Capricho. Debruçam-se sobre uma questão ou uma dúvida com afinco, como o médico que pesquisa sobre uma doença rara com que nunca havia deparado, acabando por se tornar um grande conhecedor do assunto.

4. Persistência. Mesmo em meio a contratempos e frustrações, um COT insistirá em seus projetos, desde que vislumbre uma maneira de solucioná-los (ele não se meteria em coisas para as quais percebe não haver solução). É um tipo de característica importante para cientistas e pesquisadores, que às vezes labutam anos a fio nos laboratórios até finalmente conseguir resultados.

5. Sensatez emocional. Não espere arroubos de entusiasmo desmedido ou crises de desespero por parte de um COT. Na vitória, ele mantém a calma, a humildade e um

discreto contentamento. Na derrota, ele repassa os erros até então despercebidos e aprende com eles.

6. Senso crítico. Não no sentido da crítica chata e ranzinza, e sim no de ter uma visão lúcida e racional dos acontecimentos.

7. Liderança com responsabilidade. Onde muitos podem vagar como baratas tontas ou ter receio de assumir responsabilidades, o COT acabará tomando para si o papel de timoneiro, mesmo sentindo ansiedade, pois é necessário. A pessoa COT é aquela a quem os outros recorrem quando estão em dúvida, não sabem o que fazer nem como resolver um problema. Ela acaba tendo uma ascendência ou papel de liderança, mesmo informal, em um grupo. Muitas vezes, é na hora do aperto que o COT deixa de lado a postura discreta para pôr ordem nas coisas, simplesmente porque ele sabe que é necessário.

No livro *Síndromes Silenciosas*, o psiquiatra americano John Ratey descreve um tipo brando de TOC, em que a principal característica seria a extrema sensibilidade para fatores sociais e de relacionamento. Para a pessoa que tem apenas traços muito leves de TOC, as preocupações persistentes seriam cometer gafes, sentir-se exposto e ridicularizado ou ofender e magoar inadvertidamente alguém. Ratey afirma que essa pessoa é o modelo padrão de bom cidadão, esteio da sociedade e da civilização. O que, se pensarmos bem, é do que mais precisamos nestes tempos marcados por egoísmo desmesurado, vantagens a qualquer custo, irresponsabilidade disseminada e desconfiança generalizada entre as pessoas.

COT e TOC guardam em comum características como perfeccionismo, responsabilidade e senso de dever. Mas aquilo que na condição mental COT é poder de ação e transformação no TOC é desperdício de energia física e mental, gasta em um monte de rituais que resultam em um grande emaranhado de nada.

Acredito que boa parte das pessoas que sofrem de TOC guarde dentro de si, soterradas pelo transtorno, possibilidades de

desenvolver a condição mental COT E é com este fim que procuro direcionar o tratamento de nossos pacientes obsessivos. Transformar gasto inútil de energia em desejo de realização, rituais sistemáticos em capacidade de planejamento e organização, pensamentos obsessivos em pensamento analítico e estruturador de idéias, repetição de comportamentos em perseverança e firmeza nas coisas que realmente precisam ser feitas.

Enfim, desconforto em conforto. Não-vida em vida. Infelicidade em busca legítima de felicidade...

CAPÍTULO 11

Todo dia ela faz tudo sempre igual

me sacode às 6 horas da manhã,

me sorri um sorriso pontual

e me beija com a boca de hortelã.

"Cotidiano" Chico Buarque

AS PEQUENAS MANIAS NOSSAS DE CADA DIA

Se a gente se sentar em uma mesa de bar com os amigos e o assunto de pequenas manias surgir, logo veremos que quase todo mundo tem ou já teve uma "maniazinha". E isso costuma ser motivo de riso e brincadeiras, já que essas pequenas esquisitices que quase todos têm, ou já tiveram, não lhes causam nenhum prejuízo.

Como dissemos no Capítulo 8, grande parte das crianças passa por uma fase em que tem lá suas manias e pequenos rituais para dar sorte ou evitar azares. Quando nos lembramos disso, damos até boas risadas. O fato de esse acontecimento ser tão freqüente nas crianças em geral (como o medo do escuro) nos faz pensar que atravessar um momento de "ritualizaçõeszinhas" seja algo característico do ser humano. Talvez seja um período de "treino" pelo qual devemos passar para desenvolver nosso sistema de detecção de erros e previsão de riscos, como vimos. Portanto, longe de nos assustarmos com isso e imaginarmos que temos TOC, devemos pensar que temos essa função mental em bom funcionamento e equilibrada. Nunca é demais lembrar: no TOC, os rituais e obsessões estão fora de controle, a ponto de trazer prejuízos à vida da pessoa, fazê-la perder horas por dia e acabar vivendo em função da doença.

Assim, depois de deixar bem clara a distinção entre o que é ter TOC e o que é ter uma "maniazinha" ou outra, podemos fazer até um interessante passeio em que buscaremos sinais disso em nosso comportamento ou mesmo em personagens de novela e seriados de TV e algumas pessoas famosas.

As superstições, por exemplo, poderiam ser nossas pequenas manias institucionalizadas e lastreadas pela cultura. É um tal de bater três vezes na madeira, fugir de gato preto, não passar debaixo de escadas e esperar sete anos de infortúnio se um espelho se quebrar. É também o que torna os pobres trevos de quatro folhas difíceis de achar, pois quem os encontra quer arrancar. Podemos ver ainda que a cultura popular das "simpatias" está carregada

de significados numéricos e ritualísticos, como recitar três vezes determinada reza em nove luas cheias seguidas para conseguir realizar determinado desejo, e por aí vai. Os exemplos são inúmeros e quase todo mundo já fez algo assim. É como se tivéssemos necessidade disso, e talvez seja, realmente, uma tendência nossa.

Uma das formas que a indústria de entretenimento encontrou para fazer-nos rir de nós mesmos é representar alguns tipos assim em filmes, desenhos, novelas. Quem lê quadrinhos sabe que Tio Patinhas conta e reconta toda a dinheirama dele de vez em quando, e quem for um pouco mais velho lembrará de nosso Patinhas brasileiro, o infame Nonô Correia (Ary Fontoura), da novela *Amor com amor se paga*, da saudosa Ivani Ribeiro. Nonô não só controlava tudo dentro de casa como, tal qual Tio Patinhas, trancava-se em um cômodo da casa para checar sua fortuna, contando e recontando notas e jóias.

E quem não deve ter achado esquisito também quando Branca de Neve, depois de ser quase assassinada e ter vagado perdida e exausta pela floresta, ao encontrar abrigo na casa dos anõezinhos, resolve primeiro arrumar a bagunça que encontrou e só depois se permite tirar uma soneca?

Esta só perde para Penélope Charmosa, do desenho *Corrida maluca*, que não suporta ver um fiozinho de sua bem-penteada cabeleira fora do lugar. Ela parava tudo para se arrumar e ainda retocar a maquiagem. Sempre começava na primeira colocação, mas perdia a corrida por esses "detalhes". Sem contar que era também a responsável pelos engavetamentos-monstro da corrida, pois uma sujeirinha qualquer que percebesse em seu macacão era motivo para uma freada brusca e uma série de colisões estrondosas.

E, para quem tem mania de querer comer sempre a mesma coisa, lá está como seu representante o famélico Coiote, cujo objetivo maior na vida é comer o esperto Papa-Léguas.

Não poderia deixar de citar a impagável série *Monk*, na qual, mais do que ter algumas maniazinhas, talvez seu protagonista chegue a ter características de TOC, já que apresenta alguns comportamentos típicos de "lavador", como limpar a escova de

Dentes com água fervendo, vaporizar as paredes da casa, chamar o elevador com o cotovelo, não apertar as mãos das pessoas e uma infinidade de outras manias de checagem e arrumação também.

E, para não dizer que não tivemos uma série brasileira em que vez por outra seus protagonistas davam uma de sistemáticos, é só lembrar as cenas impagáveis que os personagens Rui e Vani viveram em *Os normais*. Num dos episódios, precisando ir a um motel depois de terem sido assaltados, e subtraídos até de suas roupas, Rui e Vani começam a se preocupar em usar o telefone do motel para pedir ajuda à família, já que este poderia estar cheio de bactérias. Ao usar a banheira de hidromassagem, pensam que ela poderia ser má fiscalizada e, portanto, contaminada. Saem da banheira e vão para a ducha. Ao se secar com as toalhas, lembram que elas também não poderiam estar bem limpas e, pronto, voltam para a ducha. Em outros episódios, observamos que Vani tem nojo da água da piscina e Rui, do lava-pé. E certa vez, ao deixar cair alguns vidrinhos de perfume da mãe de Rui no vaso sanitário, resolvem pescá-los com uma concha, pois colocar a mão ali, nem pensar. Não podemos esquecer que no enxoval de Vani havia sete conjuntos de toalhas, um para cada dia da semana.

Saindo da ficção e voltando à vida real, também podemos lembrar alguns exemplos de pessoas famosas e importantes que tinham lá suas pequenas manias. O perfeccionismo do grande cientista Charles Darwin ficou famoso, pois ao ler sua história ficamos sabendo que ele adiou por muitos anos a publicação de *A Origem das Espécies* por escrever e reescrever o texto incontáveis vezes, não o considerando bom o suficiente. Apenas quando soube que outro jovem cientista estava chegando a conclusões quase idênticas às suas Darwin apressou-se em tornar pública sua grande e revolucionária obra.

Essa característica também é conhecida entre os fãs do idolatrado escritor J.R.R. Tolkien, autor da fantástica obra *O Senhor dos Anéis*, que, contudo, não chegou a dar forma definitiva a seu trabalho mais querido e acalentado, *O Silmarillion*, por escrevê-lo, reescrevê-lo, modificá-lo e refiná-lo até que sentisse que estava

pronto — o que infelizmente não chegou a acontecer em virtude de seu falecimento, embora tenhamos sido agraciados com a publicação póstuma da obra, organizada por seu filho Christopher.

Jaqueline Kennedy, uma das mais amadas primeiras-damas da história dos Estados Unidos, fazia questão de que as toalhas de banho e mãos da Casa Branca fossem trocadas três vezes ao dia, enquanto a atriz e escritora britânica Jane Horrocks, que atuou em *Henrique IV*, passou por uma fase de dois anos em sua vida bastante trabalhosa, já que nesse período ela costumava contar todas as vezes em que piscava e engolia.

O cineasta americano Woody Allen, tão admirado quanto polêmico, confessa ter verdadeira obsessão pela morte e se obriga a cumprir algumas compulsões mentais por dia só para afastar esses pensamentos da cabeça. Sobre isso, ele declara com bom humor: "Não é que eu tenha medo de morrer, só não quero estar lá quando isso acontecer". Woody também já passou por sua fase de Coiote, pois, em uma de suas estadas na França, durante seis meses comeu o mesmo prato, sempre no mesmo restaurante. E ainda se preocupa bastante em encontrar um título "certo" para seus filmes, com um final "perfeito", além de recusar-se terminantemente a vê-los depois de prontos, pois acredita que acabará encontrando várias cenas que poderiam ter sido melhoradas.

Quem já participou de um dos filmes de Woody Allen foi o mega-empresário americano Donald Trump, que chegou a cogitar candidatar-se a presidente dos EUA e agora está promovendo e apresentando um *reality show* em que o prêmio para os concorrentes será um emprego em uma de suas empresas, com salário anual de 250 mil dólares. Notícia veiculada na edição 1.837 da revista *Veja* informa que Donald Trump mantém lá suas esquisitices: tem repulsa a apertos de mão e sempre carrega nos bolsos pacotes de lenços umedecidos com germicida.

Entre as estrelas atuais de Hollywood, não podemos deixar de citar a bela Cameron Diaz, que costuma abrir as portas com os cotovelos, para não ter de tocar com as mãos as maçanetas. Denise Richards, atriz americana em ascensão, que já foi uma das famosas

bond girls no filme *007, o mundo não é o bastante*, tem o hábito de limpar os quartos de hotel em que se hospeda, além de carregar os próprios produtos de limpeza, pulverizar controles remotos e telefones e lavar logo as mãos após apertar as de alguém.

O jogador-estrela de futebol David Beckham também guarda suas maniazinhas, principalmente em relação ao refrigerante Coca-Cola: ele faz questão de ter um número par de latinhas em sua geladeira. Se tiver uma a mais, prefere jogá-la fora.

Assim, como podemos ver, todos temos pequenas esquisitices que, desde que não nos paralisem nem nos façam sofrer, podem ser motivo até de algumas risadas. Se assim não fosse, não riríamos tanto de personagens que retratam justamente estas características, pois afinal estamos rindo um pouquinho de nós mesmos. Enxergá-las entre ricos e famosos também nos chama a atenção porque, além de nos identificarmos um pouco com eles, percebemos que por trás de todo aquele *glamour* existem características bem mundanas e compartilhadas por todos os seres humanos, ricos ou pobres, famosos ou anônimos.

Experimente só: lance esse assunto em uma rodinha de amigos. Logo todo mundo estará lembrando alguma esquisiticezinha de criança ou superstições que, em determinadas fases da vida, foram muito importantes e freqüentes. De certa forma, isso nos ajuda a ter um pouco mais de compreensão com aquele conhecido ou parente que realmente sofre de TOC. E compreensão é uma das coisas de que ele mais necessita, além de nosso apoio e muito carinho.

CAPÍTULO 12

Preciso acabar logo com isso Preciso lembrar que eu existo, que eu existo, que eu existo.

"Sentado à beira do caminho"

Roberto Carlos

TRATAMENTO POR MERECIMENTO: OS MEDICAMENTOS QUE AJUDAM NO TOC

Todas as cartas de amor são ridículas

Não seriam cartas de amor se não fossem ridículas

(...)

As cartas de amor, se há amor,

têm de ser

ridículas.

Fernando Pessoa

Você deve estar se perguntando que raio de capítulo sobre tratamento é este que começa com uma poesia de amor de Fernando Pessoa. Erro editorial? Insensatez total da autora? Nem uma coisa nem outra. Posso tentar explicar. O que me veio à mente quando comecei a escrever este capítulo foi falar sobre o conceito de tratar as alterações do comportamento e como isso se aplica ao TOC e apresentar de maneira simples e objetiva as ferramentas que a medicina e a psicologia disponibilizam hoje, em parceria, com a intenção de ajudar as pessoas com esse transtorno a atingir um estado de conforto essencial, em que haja a possibilidade de alcançar a condição mental COT (cognição, organização e transformação) de forma produtiva e estruturadora.

Em relação ao conceito de tratamento hoje, pelo menos no que tange às alterações do comportamento humano, precisamos ter em mente que só devemos tratar aquilo que traga incômodo (desconforto) para o indivíduo ou para o meio social no qual ele estabelece suas relações. Assim, na maioria absoluta dos casos em que as pessoas referem diferenças no seu modo de se comportar, elas próprias terão condições de avaliar em conjunto com seu médico psiquiatra o grau de sofrimento e transtorno que tal situação vem trazendo para sua vida afetiva, profissional ou social e

suas reais chances de vencer essas limitações sem uma ajuda mais consistente.

Agora podemos voltar à poesia de Fernando Pessoa. Vamos fazer um rápido exercício mental com ela e substituir “cartas de amor” por “pessoas com TOC” e a palavra “ridículas” por “sofridas”. Pronto, está aí a descrição exata da pessoa com TOC. Ela muitas vezes se sente ridícula e isso dói e a faz sofrer muito. Logo, se há TOC, há *sofrimento*, caso contrário não seria TOC. Por isso podemos afirmar que todo indivíduo com TOC deve ser tratado. *Ele pode até não querer, é um direito dele*. No entanto, dentro dos critérios mais respeitosos e éticos praticados atualmente pela medicina do comportamento, ele não só deve como *merece* ser tratado, a fim de usufruir uma vida em que a dor e o sofrimento sejam exceções, e não regras a ser seguidas dia após dia.

Espero que a poesia no início do capítulo nos tenha feito lembrar que ajudar alguém a diminuir seu sofrimento também é um ato de amor, e por conta disso às vezes fazemos coisas ridículas!

Vamos falar agora sobre as medicações. O tratamento do TOC conta com excelente parceria: o uso da medicação e a terapia comportamental. Conhecendo a utilização e os resultados dessa dupla, entendemos de que forma se completam. Tentaremos desfazer algumas lendas e mitos sobre esta questão. No capítulo seguinte abordaremos a terapia comportamental, concluindo, assim, nossa proposta de ajuda.

Durante toda a minha prática médica deparei sempre com uma questão bastante delicada na relação médico-paciente: o termo “remédio”. É incrível a reação que essa palavra causa nas pessoas. Muitas delas, quando o médico fala da necessidade de prescrevê-lo, arregalam os olhos, franzem a testa e as sobrancelhas e o encaram numa postura nítida de quem foi ofendido no epicentro de sua honra e dignidade. Outras abrem um sorriso largo, olham-no com ar de ternura e transmitem um sentimento quase infantil de que o médico finalmente vai lhes dar o espinafre do Popeye, sem que para isso elas precisem ser tão feias e desajeitadas como o bondoso marujo. Apenas uma minoria dos pacientes ouve ou lê na prescrição

a palavra “remédio” e adota uma postura de interesse, questionamento sério e co-participação ativa nas escolhas mais adequadas e eficazes para cada problema de saúde que um dia se lhe apresente. Afinal, em medicina, como na vida, nada é perfeito. Tudo, absolutamente tudo tem seus aspectos positivos e seus aspectos negativos. Buscar o equilíbrio é tentar manter os pratos dessa balança o mais próximos possível. A cada escolha ganhamos coisas e perdemos outras tantas. São as perdas e os ganhos nossos de cada dia (como bem disse Lya Luft).

Outro aspecto relacionado à palavra “remédio” que causa muita confusão é a questão da sua origem. Certa vez participei de um debate com diversos profissionais liberais e em determinada hora da discussão uma pessoa virou-se para mim e, em tom de discurso, pronunciou: “Vocês médicos, e em especial os psiquiatras, têm a mania de passar remédios para todo mundo, e isso é fácil de entender, pois vocês ganham dinheiro da indústria farmacêutica, são acionistas. Vocês deveriam passar remédios naturais, que além de baratos não têm efeitos colaterais...”.

Confesso que minha reação foi tentar entender o que ela estava dizendo, já que remédio é remédio em qualquer canto, a origem também é a mesma: a natureza. Ora bolas, de onde vem a matéria-prima para fazer tudo o que existe neste planeta, inclusive seu solvente maior que é a água? Da natureza, é claro. A diferença está no processo de fabricação, ou seja, se o remédio tem sua matéria-prima industrializada ou não. Isso é tão simples. Basta lembrar que veneno de cobra é natural e mata, cicuta é natural e mata, potássio é ótimo, mas em excesso mata, sol é ótimo, faz o organismo fabricar vitamina D e esta fixa o cálcio nos ossos, tornando-os fortes, mas sol demais desidrata, dá queimaduras sérias e a longo prazo câncer de pele.

E o que isso tem a ver com o tratamento medicamentoso do transtorno obsessivo-compulsivo? TUDO. Não só com o tratamento medicamentoso do TOC, mas com qualquer medicação proposta. A questão não está em tomar remédio, medicação, e sim no que você ganha com isso em qualidade de vida cotidiana, e como

esse ganho é equacionado na balança de vantagens e desvantagens. Nunca se esqueça de que nosso lado "Sérgio" vive só o lado bom da vida. Sérgio é uma criação de marketing para nos lembrar como é bom ter um "supercartão-status de crédito". Na vida real tudo é escolha, e nossas escolhas vão fazendo nossa vida mais ou menos confortável no presente e no futuro.

Recebo muitos e-mails e cartas (ainda se usa o correio "real", o que me surpreende positivamente) todos os dias e noto que a maioria das pessoas afirma coisas sem fundamento sobre determinadas medicações. Falam muito sobre medo de dependência, medo de deixar de ser quem são, medo de ter todos os efeitos colaterais da bula, medo de morrer etc. O mais inusitado é que as pessoas têm medo das medicações que em geral são mais seguras, como as de tarja vermelha (aquela listra larga no meio da caixa), que não provocam dependência, e muitas não as tomam pelo tempo correto porque temem se tornar dependentes químicas, como costumam dizer. No entanto, os remédios de tarja preta são largamente consumidos, grande parte das vezes sem prescrição médica — em geral é a vizinha ou um parente que costuma prescrever o tal calmantezinho leve —, e são eles as medicações que comprovadamente desencadeiam dependência física quando usados em determinadas doses e/ou por períodos de tempo que ultrapassam poucos meses.

As dúvidas sobre medicações também são recordistas de audiência em palestras e cursos que realizo e o mais interessante é que, não importa a cidade nem o público, estão sempre presentes. Talvez isso seja reflexo de nossa incapacidade de fornecer informação técnica de conteúdo científico preciso em linguagem acessível a uma população que explicitamente tem sede e não sabe bem qual a água, em que quantidade e por quanto tempo deve bebê-la sem parar.

Em função de tudo o que relatei, resolvi fazer o capítulo sobre tratamento medicamentoso com um formato diferente. Apresentarei uma série de perguntas e respostas que, a meu ver, podem

facilitar o entendimento de um assunto que tende a ser técnico demais e por isso mesmo chato.

Espero ainda que a leitura delas possa trazer respostas quase imediatas a alguns leitores, simulando um pequeno bate-papo tal qual os que ocorrem ao fim das palestras. bom, agora é só conferir e ver se a intenção deu certo. Até porque, como dizem por aí, de boas intenções... Deixa pra lá!

Perguntas e respostas sobre o tratamento medicamentoso do TOC

1. Quais são os remédios utilizados no tratamento do TOC?

A maioria dos medicamentos que se mostram eficazes no TOC são classificados como antidepressivos. É importante notar que o paciente com TOC em geral apresenta um quadro de depressão devido à incapacitação produzida pelos rituais. Assim os médicos podem tratar tanto do TOC quanto da depressão com os mesmos medicamentos.

2. Todos os antidepressivos são eficazes para tratar o TOC?

Negativo! Alguns antidepressivos usados para tratar a depressão não têm efeito sobre os sintomas do TOC. Medicamentos como a imipramina ou a amitriptilina, que são bons antidepressivos, só raramente melhoram as obsessões e os rituais.

3. Quais os antidepressivos mais usados no TOC e como saber se são eficazes?

Cinco medicamentos tiveram sua eficácia cientificamente comprovada em estudos duplo-cego. Nesse tipo de pesquisa pega-se um grupo grande de indivíduos portadores de TOC e metade deles recebe uma medicação de fato, e a outra metade, placebo (uma pílula de açúcar, sem nenhum efeito). Os estudos duplo-cego fornecem uma avaliação imparcial e precisa da eficiência de cada medicação testada, uma vez que durante sua realização (um ou

dois anos) nem os médicos nem os pacientes sabem quem de fato está recebendo o remédio e quem está tomando apenas uma pílula inativa. Os cinco medicamentos que se mostraram eficazes em tais estudos foram fluvoxamina, fluoxetina, sertralina, paroxetina e clomipramina. A clomipramina é o mais estudado de todos e era considerado há bem pouco tempo o mais eficaz em todo o mundo. Hoje há uma crescente evidência da eficácia dos demais.

4. Como *esses remédios podem ajudar os portadores de TOC?*

Ainda não está claro como esses medicamentos atuam na redução das idéias obsessivas e das ações incontroláveis do TOC. Todos eles têm efeitos potentes em um neurotransmissor cerebral chamado serotonina. Tudo leva a crer que esses efeitos potentes na serotonina são necessários (porém não suficientes) para produzir a melhora do TOC. A serotonina é um dos vários neurotransmissores químicos que as células nervosas no cérebro usam para se comunicar umas com as outras. Diferentemente de alguns neurotransmissores, seus receptores estão espalhados por diversas áreas do cérebro, e isso explica sua participação em vários transtornos do comportamento, inclusive o TOC e a depressão.

Os antidepressivos utilizados no TOC são chamados de ISRS, os conhecidos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (exceção feita à clomipramina). Esses medicamentos aumentam a quantidade de serotonina no espaço intersináptico (espaço entre um neurônio e outro) ao impedir que ela retorne para o neurônio que a liberou. Esse processo de retorno, chamado de recaptação, se estiver inibido em função da ação de um ISRS, fará com que mais serotonina fique entre um neurônio e seu vizinho. Assim a transmissão do impulso elétrico neuronal flui melhor, facilitando o funcionamento dos sistemas cerebrais, inclusive o sistema de pensar e agir (obsessões e compulsões).

Se para você tudo isso faz pouco sentido, saiba que nem mesmo os pesquisadores sabem com precisão como essas medicações atuam sobre os sintomas do TOC. No entanto, uma coisa é

fato: após décadas de pesquisas sabemos como tratar o TOC, embora não saibamos exatamente por que nossos tratamentos funcionam. É aquela velha história: por que alho é bom para gripe, artrite, afinar o sangue etc., ninguém explica, mas todo mundo sabe que funciona.

5. Em que doses esses antidepressivos mostram eficácia no tratamento do TOC?

Para a grande maioria das pessoas, quase como regra geral, são necessárias altas doses dessas medicações para que elas exerçam seus efeitos antiobsessivos. Estudos feitos para tal fim sugerem as seguintes doses: clomipramina, 225-250 mg/dia; fluoxetina, 40-60 mg/dia; paroxetina, 40-60 mg/dia; sertralina, 100- 200 mg/dia; e fluvoxamina (200-300 mg/dia). Essas dosagens são bem maiores que as utilizadas habitualmente com grande eficácia em quadros de depressão, pânico ou fobia social, nos quais os mesmos medicamentos são também bastante eficazes. Isso nos leva a acreditar que no TOC a deficiência de serotonina é muito grande, daí a necessidade de doses mais elevadas de substâncias que, em última instância, aumentam o nível de serotonina em diversos locais do cérebro.

Vale a pena destacar que temos visto, em nossa prática clínica, um reduzido número de pacientes adultos que não responderam a altas doses desses medicamentos, mas apresentaram melhora em doses muito baixas, como 5-10 mg/dia de fluoxetina ou 25 mg/ dia de clomipramina. Infelizmente, o pequeno número de casos como esses em nossa clínica e, até onde pude pesquisar, a falta de relatos semelhantes na literatura psiquiátrica em geral sugerem que estudos mais cuidadosos sejam realizados nesse sentido. Porém, se na prática clínica deparmos com pacientes que não apresentaram melhora com altas dosagens dos antidepressivos citados, talvez valha a tentativa de uma dose muito baixa. Como dizia um querido professor: "Lembrem-se de que o paciente não lê livro nem pesquisas, ele só quer que você, doutor ou doutora, alivie sua dor".

É importante ressaltar que doses muito altas costumam ser necessárias sempre para os adultos. As doses mínimas costumam dar bons resultados num maior número de pacientes mirins.

6. Essas medicações apresentam efeitos colaterais?

É claro que esses medicamentos podem apresentar efeitos colaterais. Como tenho afirmado, tudo é uma questão de como o médico e o paciente vão colocar na balança os benefícios da medicação contra seus possíveis efeitos colaterais. Falo possíveis, pois existem pacientes, e não são raros, que não se queixam de incômodo em face da grande melhora que obtiveram. É importante que o paciente esteja aberto e fortalecido com relação a problemas que possam surgir em função da medicação. Na maioria das vezes, um pequeno ajuste na dose ou a alteração no horário de tomá-la é tudo de que o paciente precisa, e isso pode ser facilmente resolvido entre ele e seu médico.

Como dissemos, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina e sertralina são antidepressivos do tipo ISRS, enquanto a clomipramina é um antidepressivo tricíclico mais antigo, do tipo IRS, inibidor da recaptação da serotonina. Como a clomipramina não é seletiva, ela age sobre outros neurotransmissores cerebrais, e não especificamente sobre a serotonina, como os demais.

Tanto os ISRS quanto os IRS podem produzir efeitos colaterais de natureza sexual em ambos os sexos. A clomipramina costuma não alterar a libido, no entanto retarda muito o tempo de ejaculação e de explosão do orgasmo. A fluvoxamina e a sertralina podem reduzir um pouco a libido (desejo), mas em geral não alteram o tempo de ejaculação e do orgasmo. A paroxetina costuma até aumentar a libido e reduzir o tempo de ejaculação e o orgasmo de forma discreta, comparada à clomipramina. E, por fim, a fluoxetina, que não altera o *timing*, mas pode provocar intensa redução do desejo sexual.

Não deixe nunca de relatar a seu médico as dificuldades sexuais advindas do uso da medicação. Embora isso possa soar a princípio embaraçoso, somente através de seu relato ele poderá ajudá-lo a encontrar maneiras de lidar com elas ou ainda lhe indicar

medicações que eliminem o problema, enquanto você tiver de fazer uso da medicação para o TOC. A própria Lilly, fabricante do Prozac (cujo princípio ativo é a fluoxetina), está desenvolvendo um novo medicamento com todos os efeitos benéficos dele sem apresentar o aspecto de redução da libido. Isso é ótimo, pois a eficácia da fluoxetina como agente antiobsessivo é indiscutível.

Os ISRS também podem, no início, causar náuseas, inapetência, inquietação, sonolência em uns e insônia e alto senso de energia em outros. No entanto, todos esses efeitos podem ser reduzidos ou mesmo evitados se o tratamento for iniciado em doses muito pequenas e o aumento for feito de forma escalonada semanalmente ou de cinco em cinco dias, dez em dez dias, conforme combine com seu médico. Outro aspecto que colabora para amenizar esses efeitos é a ingestão de dois a três litros de água por dia e uma alimentação composta de pequenas refeições (como se fossem lanches) de três em três horas. Costumo sempre prescrever essas recomendações a meus pacientes, pois elas também são remédios em forma de cuidados.

Quanto à clomipramina, por ser uma medicação tricíclica (não específica) e mais antiga, pode causar efeitos mais pronunciados como sonolência, boca seca, taquicardia, dificuldade de concentração e problemas de urina, principalmente nos homens. Às vezes o ganho de peso pode se tornar um problema e ser necessário uma dieta rígida, caso o apetite aumente muito. Mas uma conversa com seu médico será capaz de definir os efeitos colaterais que podem ser reduzidos ou eliminados ou ainda o custo/benefício que você está obtendo em sua vida.

Como regra geral, esses medicamentos são muito seguros, mesmo quando usados por um longo período de tempo. Todos os seus efeitos colaterais reverterem quando são interrompidos ou retirados ao fim do tratamento e, melhor ainda, não causam dependência ao organismo, mesmo possuindo tarja vermelha.

Lembre-se: viver é uma aventura cheia de efeitos colaterais e, até onde sabemos, "todo mundo quer ir pró céu, mas ninguém quer morrer".

7. E se o paciente apresentar efeitos colaterais mesmo com baixas doses das medicações?

Existem, de fato, pessoas que apresentam hipersensibilidade a medicamentos em geral e para elas é muito difícil tolerar inclusive pequenas doses dos antidepressivos. Nesses casos, utilizamos a tática das microdoses iniciais, como 1-2 mg/dia de fluoxetina, 1-2 mg/dia de paroxetina, 1,5-2,5 mg/dia de clomipramina, 2,5-5 mg/dia de sertralina e 5-10 mg/dia de fluvoxamina. Inicia-se o tratamento com 5% a 10% da dose máxima de uma das medicações escolhidas. Essa tática tem apresentado ótimos resultados para muitos pacientes com TOC com hipersensibilidade medicamentosa.

O problema em realizar as microdoses é a apresentação dos remédios. A grande maioria deles é fabricada na forma de comprimidos ou cápsulas. Felizmente hoje já começam a surgir no mercado outras formas de apresentação desses antidepressivos, como a líquida da fluoxetina ou mesmo a solúvel, que pode ser diluída em 1 ml de água e tomada em frações correspondentes às microdoses. Há ainda a possibilidade de manipular essas medicações de tal maneira que o médico pode prescrever de 5% a 10% de suas doses mínimas. Dessa forma, vamos realizando aumentos graduais e cuidadosos em intervalos predeterminados, o que permite aos pacientes mais sensíveis alcançar os níveis terapêuticos em um período aproximado de dois a três meses.

Como disse anteriormente, toda tentativa que visa aliviar o sofrimento do paciente tem legitimidade por seu objetivo em si, e por isso mesmo pode e deve ser realizada.

8. Que pessoas não devem usar as medicações anti-TOC?

Em princípio seguimos a regra básica para o uso de qualquer tipo de medicação, ou seja, deve-se evitar que sejam tomadas por mulheres grávidas, principalmente nos três primeiros meses da gravidez, já que nesse período toda a estrutura do feto é formada. Algumas mulheres conseguem controlar seus sintomas do TOC utilizando técnicas comportamentais de exposição e prevenção de

resposta, evitando assim o uso dos medicamentos. No entanto, se o TOC é muito grave ou se agravou durante a gestação, haverá a necessidade de prescrever uma medicação. Nesses casos, costumamos dar preferência ao uso da fluoxetina, uma vez que um de seus fabricantes, o laboratório Lilly, foi o primeiro a realizar pesquisas confiáveis sobre esse aspecto. Esses estudos podem ser solicitados por seu médico e vistos por vocês em conjunto. Eles mostraram que a taxa de má-formação entre as mulheres grávidas que utilizaram a fluoxetina e as que não utilizaram nenhuma medicação desse tipo foi praticamente a mesma (em níveis estatísticos, não houve nenhuma diferença considerável). Em nossa clínica pudemos acompanhar doze casos desses, e todos, sem exceção, foram muito bem-sucedidos tanto para a mãe como para o bebê. Alguns dos "bebês" hoje já estão com 9, 10 anos e são crianças saudáveis e muito espertas.

Nos pacientes idosos devemos evitar a clomipramina, uma vez que eles, por terem o sistema renal de eliminação medicamentosa funcionando com menor eficácia, tendem a apresentar os efeitos colaterais de forma mais intensa e severa. Assim, podem ocorrer confusão mental, retenção urinária e alterações do ritmo cardíaco. Em relação aos outros medicamentos — paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina e sertralina —, o nível de segurança é bem maior, mas mesmo assim devem ser utilizadas doses bem menores que as de adultos jovens com finalidade terapêutica.

9. As medicações só devem ser usadas em fase de estresse, quando os sintomas ficam muito mais intensos?

Este é um grande equívoco e um erro freqüente. As medicações para o TOC devem ser tomadas diariamente e de forma regular, para que os níveis sanguíneos se mantenham constantes. Remédios tomados ocasionalmente em situações de estresse são os chamados ansiolíticos, popularmente conhecidos como calmantes. No caso do TOC, os calmantes podem ser úteis em momentos de estresse agudo, como uma briga familiar mais calorosa, a morte repentina de alguém muito querido, a perda de um emprego etc.

Mesmo assim, seu uso deve ser limitado a poucos dias, uma vez que possuem tarja preta.

10. *Que tipo de especialista deve ser procurado para tratar o TOC?*

Procure sempre um psiquiatra que seja bastante familiarizado com o quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo e tenha grande experiência em seu tratamento. Em caso de dúvidas, solicite informações nos serviços específicos dos hospitais universitários e na ASTOC (Associação de Portadores de Síndrome de Tourette, Tiques e Transtorno Obsessivo-Compulsivo), organização sem fins lucrativos que reúne familiares e portadores de transtornos do espectro obsessivo-compulsivo.

11. *Tomar remédio para controlar pensamentos e ações não representa uma espécie de fracasso pessoal?*

Que os outros pensem isso de quem tem TOC, até é possível entender, mas você, mais do que ninguém, sabe quanto é difícil controlar seus pensamentos e principalmente seus rituais ou manias. Se fosse fácil, por que tanto sofrimento? Tal qual ocorre com os diabéticos e os hipertensos, que utilizam anti-hipoglicemiantes orais e anti-hipertensivos para ter uma vida confortável, as pessoas com TOC precisam de medicações antiobsessivas/compulsivas para viver com qualidade.

12. *O que fazer quando o paciente tem medo de tomar os remédios?*

Um diálogo franco entre o médico e o paciente ajuda nesse caso. Quando deparamos com esse problema, em parte comum, tentamos lembrar ao portador do TOC que ele é algo muito maior que seus pensamentos indesejáveis e suas ações incontroláveis. E que pior que viver mal é viver preso dentro de si mesmo, sem nenhuma liberdade de escolha. Isso é literalmente *escravidão*. Ser ou não ser livre é uma decisão que faz parte desse processo.

13. Em quanto tempo os medicamentos começam a produzir efeitos significativos na vida cotidiana da pessoa com TOC?

Tudo vai depender de quanto tempo levaremos para atingir as doses terapêuticas, que, como vimos, são bem mais altas que as utilizadas em outros transtornos, como a depressão e o pânico. Em geral, no primeiro mês já podemos ver pequenas melhoras e, por volta do terceiro ou quarto mês, o paciente passa a apresentar mudanças significativas com repercussões positivas em seu cotidiano. Se nesse período o paciente estiver fazendo terapia comportamental de forma combinada, suas chances de melhora estarão maximizadas.

14. Os medicamentos sempre funcionam?

Estudos mais recentes revelam que as medicações em doses terapêuticas para TOC podem ajudar cerca de 75% a 85% dos pacientes pelo menos no que se refere a proporcionar algum alívio em seus sintomas. Uma melhora consistente é relatada por 55% a 60% dos pacientes em monoterapia (apenas uma medicação). Existe uma parcela reduzida de pacientes que não apresenta nenhuma melhora com esse tipo de intervenção. Nesses casos, devemos optar por outro medicamento ou iniciar a terapia de combinação medicamentosa, que vem se mostrando eficaz em potencializar resposta clínica/terapêutica. Um bom exemplo dessa combinação tem sido o uso da fluoxetina ou da fluvoxamina com a clomipramina. Não podemos esquecer que, inicialmente, as doses da clomipramina devem ser um pouco mais baixas que as habituais, em razão do aumento nas taxas sanguíneas de ambas as substâncias. No entanto, a melhor técnica para potencializar o tratamento medicamentoso do TOC é associá-lo à terapia comportamental. E a boa notícia é que esta é desprovida de efeitos colaterais e tem sua eficácia cientificamente comprovada.

15. O uso da medicação para TOC é para sempre?

Só devemos pensar na resposta para esta pergunta a partir do momento que tivermos conseguido estabelecer um esquema

medicamentoso capaz de proporcionar o máximo de conforto ao paciente. É claro que esse é um parâmetro bastante subjetivo, mas uma relação franca com seu médico pode fazer com que vocês estabeleçam este ponto tão sutil quanto necessário.

A partir daí vamos então pensar em tempo. Na verdade, ninguém sabe por quanto tempo os pacientes devem tomar os medicamentos, uma vez que eles se mostrem eficazes, mas nossa prática clínica nos aponta algumas direções: 10% dos pacientes conseguem descontinuar os medicamentos após um período médio de dois anos, de forma gradual; 20% deles precisam tomar uma dose alta de medicação por muitos anos ou pelo resto da vida; um grupo grande, praticamente 70% deles, precisa tomar pelo menos uma dosagem baixa de medicação durante muitos anos ou mesmo por toda a vida. Uma coisa é certa: os riscos de recaída serão mais baixos se os pacientes aprenderem a usar as técnicas da terapia cognitivo-comportamental enquanto estão se sentindo bem com a medicação, que continua agindo a longo prazo. As técnicas comportamentais podem capacitar os pacientes a controlar qualquer sintoma que venha a retornar após a retirada das medicações.

É bom lembrar que, se houver a volta dos sintomas após um período de descontinuidade da medicação, ela não ocorrerá imediatamente, mas sim num período compreendido, em média, entre três e cinco semanas.

16. Qual é a relação entre TOC e depressão?

Aproximadamente 75% dos pacientes com TOC sofreram pelo menos um episódio de grande depressão na vida. Cerca de 40% já se apresentam deprimidos quando buscam a ajuda do psiquiatra. Em geral, a consulta ocorre por causa da depressão e o TOC acaba sendo descoberto no decorrer do tratamento. A maioria dos pacientes, quando conseguem se abrir, revela que seus sintomas do TOC surgiram muito antes. Isso nos leva a pensar que a depressão teve início quando eles não conseguiram mais lidar com seu TOC.

17. É possível ter esperança?

com certeza! A combinação de medicamentos e terapia comportamental tem conseguido fazer com que a maioria dos pacientes com TOC funcione bem tanto no trabalho quanto na vida social e afetiva. Além disso, a ciência continua sua busca incessante por mais dados que possam esclarecer as causas do TOC e por novos tratamentos através de pesquisas, o que aumenta muito a esperança de as pessoas com TOC e seus familiares obterem mais qualidade de vida em um futuro bem próximo.

18. Quais os antidepressivos mais modernos utilizados no tratamento do TOC?

É importante entender que a eficácia de um remédio não é traduzida pelo seu tempo no mercado. Os antidepressivos mais recentes diferem basicamente dos mais antigos pelo fato de estes possuírem muitos efeitos colaterais, grande parte deles difíceis de suportar a longo prazo.

O citalopram 20 mg e o escitalopram 10 mg têm demonstrado, em nossa prática clínica, bons resultados no controle das idéias obsessivas dos pacientes com TOC. As doses de ambos costumam também ser mais altas que as utilizadas no tratamento da depressão, porém a baixa incidência de efeitos colaterais vem motivando muitos pacientes a tratar seu quadro de TOC.

CAPÍTULO 13

É um estar-se preso por vontade

É servir a quem vence, o vencedor.

É um ter com quem nos mata a lealdade.

Tão contrário a si é o mesmo amor.

O QUE ARDE CURA: O TRATAMENTO PSICOTERÁPICO DO TOC

Décadas atrás, o TOC era considerado raro e intratável. Não foi nada agradável saber depois que ele não era nada raro, não obstante ainda pouco tratável.

Com o descobrimento das medicações antidepressivas tricíclicas, o combate contra o transtorno passa da defensiva desesperançada à ofensiva vibrante. No campo da psicoterapia, a união de uma antiga e grande força da psicologia — o comportamentalismo, com a mais recente (e, no entanto, de crescimento exponencial) terapia cognitiva do psiquiatra americano Aaron Beck resultou em um sistema teórico e psicoterápico robusto, cientificamente orientado, objetivo, que busca a eficácia em nome do bem-estar do paciente: a terapia cognitivo-comportamental.

Para não incorrer no risco de ser enfadonha, explicarei muito basicamente a que se refere o significado do nome desse sistema psicoterápico. Cognições se referem a nossas funções mentais superiores, tais como pensamento, memória, linguagem e atenção. No caso da terapia cognitiva, o foco é nos processos de pensamento, em como eles influenciam nossa visão de mundo e nossa interpretação dos acontecimentos, refletindo-se em nossas emoções e comportamentos. Se uma pessoa tem um padrão de pensamentos negativistas, pessimistas e autodepreciativos, podemos inferir sem muita dificuldade como serão seus padrões de sentimentos e comportamentos. A psicoterapia cognitivo-comportamental busca a mudança de padrões disfuncionais de pensamento para promover a melhora, que se refletirá nas emoções e nos comportamentos. Em muitos casos, a mudança no padrão de comportamento é de importância fundamental, e este é o caso do TOC. Muitos pacientes referem melhora nos padrões cognitivos também usando primeiro a mudança de comportamentos, que, por não trazerem consequências negativas temidas, levaram a uma mudança positiva nos padrões de pensamento.

Tratamento cognitivo-comportamental para o TOC

A princípio, quando é familiarizado com o conteúdo e as técnicas da terapia para o TOC, o paciente pode sentir-se intimidado, com a sensação de que vai "dormir com o inimigo". As técnicas comportamentais para o TOC envolvem justamente quebrar o círculo vicioso que o paciente acredita ser seu porto de segurança. Fazendo uma comparação muito simples, poderíamos dizer que o paciente com TOC é aquele sujeito que sabe nadar mas ainda não conseguiu se livrar da prancha. A prancha é uma garantia de que nada dará errado, embora a garantia verdadeira resida no fato de saber nadar e permitir-se executar os movimentos de nado. Mas não, para ele a prancha é sua única garantia de segurança e, por causa dela, deixa de nadar com liberdade, velocidade e amplitude de movimentos. No TOC, as compulsões ou rituais são a "prancha". O psicoterapeuta cognitivo-comportamental fará o papel do professor dedicado mas firme: conduzirá o paciente ao abandono da prancha, apoiando-o em todo o doloroso processo de medo e ansiedade que se seguirá, até que ele se liberte dessa "necessidade" que lhe dá uma segurança tão ilusória quanto passageira.

Como explicamos antes, o paciente com TOC dá voltas em torno do próprio rabo: seus pensamentos obsessivos (cognições) geram intensa ansiedade e medo (emoções), aos quais ele responderá com rituais (comportamentos compulsivos) que acredita firmemente capazes de impedir as conseqüências temidas. Como a origem do comportamento está nos pensamentos obsessivos, os rituais trarão apenas um alívio temporário da ansiedade. Dentro de um intervalo curto, os pensamentos obsessivos voltarão a bater nas portas da mente. A ansiedade retorna e a necessidade de praticar os rituais também. É um círculo vicioso que gira em torno do próprio eixo infinitamente. A pessoa com TOC condicionou-se a ritualizar para ter um alívio ilusório e curto de seu sofrimento. É preciso quebrar o círculo.

A maneira mais eficaz de partir esta roda da "desfortuna" é atacando seu componente mais concretamente passível de modificação

: os rituais. O processo é aparentemente simples: depois de ter pensamentos obsessivos (que podem ser evocados através da exposição proposital a estímulos e situações temidas), o paciente deve impedir-se de praticar os rituais, mesmo que experimente ansiedade. Lembremos que o paciente associou a ritualização com a diminuição de ansiedade. No entanto sabemos que a ansiedade tende a diminuir após certo tempo (de vinte a quarenta minutos), mesmo que os rituais não sejam executados. Podemos dizer, sucintamente, que a ansiedade decrescerá de qualquer maneira porque nosso organismo tem mecanismos próprios para "desligar" as reações de ansiedade, já que estas causam um gasto muito grande de energia. O desafio consiste em suportar esse período de ansiedade sem cair na tentação de realizar os rituais. Seria o soltar-se da prancha e nadar até que o coração desacelere e o estômago saia da boca e volte à posição normal. Embora isso seja aparentemente simples, o paciente precisa estar disposto a enfrentar as situações e expor-se aos estímulos temidos, impedindo-se de realizar os rituais pelo tempo que for necessário até a ansiedade ceder. Isso é extremamente importante, pois é preciso que o paciente desvincule as compulsões da ansiedade, que ele desassocie os rituais da sensação de alívio e segurança. Como dissemos, essa relação é apenas arbitrária e ilusória, causando imensos problemas e impedimentos à vida de uma pessoa, em troca de apenas alguns instantes de alívio. Como exemplo prático, podemos citar o caso de um "lavador": seus pensamentos obsessivos referem-se à contaminação e ao adoecimento, causando intenso desconforto e ansiedade, que são aliviados temporariamente pelo comportamento compulsivo de lavar as mãos. Aplicando a este caso a chamada exposição e prevenção de respostas, forma de tratamento da terapia cognitivo-comportamental, poderia ser traçado um plano em que a pessoa fosse exposta a um estímulo temido — tocar a maçaneta de uma porta manuseada por outras pessoas, por exemplo — e resistisse à compulsão de lavar as mãos até a ansiedade diminuir. O paciente assim deve descondicionar seu comportamento, através da experimentação

real do alívio da ansiedade mesmo que o ritual não tenha sido realizado.

É óbvio que esse tratamento, a princípio, pode parecer um desafio intransponível ao paciente com TOC. Muitos, com efeito, ficam arrepiados ao conhecer a técnica e pedem uma solução alternativa. Contudo, não há solução possível sem o necessário restabelecimento da bioquímica cerebral — através da terapia medicamentosa — e sem o abandono dos comportamentos condicionados e compulsivos. Ou alguém pretende se enganar que realizará um belo e sincronizado nado *crawl* usando a prancha? A verdade é tão simples quanto dura: não há conforto vital, não há vida que valha a pena, não há liberdade e felicidade quando se é dependente de compulsões, quando se deixa de fazer inúmeras coisas por causa delas, quando se perde um tempo para realizar compulsões que poderia ser empregado em *viver*. Assim, não se deve insistir com alternativas à exposição e prevenção de respostas. Por mais que ela possa parecer uma pesada pedra que se deve rolar encosta acima, no início do tratamento, nada se compara à sensação de jogá-la encosta abaixo, depois de atingido o topo, vendo-a rolar enquanto se diz para si mesmo: “Não preciso mais de você”.

Para que o paciente se habitue à exposição aos estímulos temidos, o psicólogo comportamental pedirá a ele que faça uma lista de eventos mais temidos, relacionando também os pensamentos obsessivos, os rituais e a frequência com que os executa. Utilizando o exemplo do “lavador”, ele poderia listar eventos que causam desconforto, como apertar mãos, usar portas, abrir janelas, tocar em algum utensílio bastante manuseado, como controles remotos, telefones etc. Como podemos imaginar, os pensamentos obsessivos aqui subjacentes referem-se à contaminação. Os rituais compulsivos certamente envolverão lavagens de mãos, banhos, limpeza sistemática e repetida de objetos.

A partir dessa lista, o paciente deve graduar, com o auxílio de seu psicoterapeuta, os eventos de menos temidos a mais temidos. Pode-se usar uma escala de 0 a 100, em que 0 seja uma situação

que não causa ansiedade; 50, uma ansiedade média, mas já causadora de desconforto; e 100, a situação em que se experimenta o maior grau de ansiedade e desconforto possível. Poderíamos, hipoteticamente, imaginar uma lista assim: ansiedade graduada em 30 para abrir janelas, graduada em 50 para abrir portas, em 70 para usar o controle remoto e 100 para apertar as mãos de outras pessoas. Desse modo, deve-se iniciar o programa de exposição e prevenção de respostas pelas situações causadoras de menor ansiedade, em que o paciente consiga sentir-se mais no controle e apto a não ritualizar. À medida que a ansiedade for decrescendo com aquelas situações iniciais, podemos partir para o próximo item da lista, causador de maior ansiedade que o primeiro, mas que àquela altura não será tão aversivo ao paciente, visto que ele já enfrentou uma situação desconfortável antes e deverá estar menos sensível aos estímulos.

É óbvio que esse não é um processo rápido. Alguns itens podem levar muitas semanas — em exercícios de exposição diários e com duração mínima de três horas, de preferência — até que seu poder de causar sofrimento e escravizar o paciente se arrefeça. Nesse meio tempo, o paciente pode desesperar-se, sentir-se exausto e desesperançado, e, portanto, a cooperação da família e dos amigos é essencial. Todos devem estar unidos no sentido de impedir que o paciente “recaia”, tal qual um dependente de drogas, em sua necessidade de realizar os rituais.

Vicente, de 42 anos, analista financeiro, conta sua batalha:

No início, eu não queria fazer de jeito nenhum. Não entendia qual era a lógica. Afinal, expor-me à sujeira iria me provar o quê? Eu achava que ia acabar pegando uma doença, da qual sentia estar protegido pelos meus rituais de limpeza. Mas o fato é que eu supervalorizava a probabilidade de pegar alguma doença ou me contaminar e, pensando com mais racionalidade agora, percebo que até me expunha mais, pois me lavava tanto que retirava do organismo substâncias que meu corpo produzia para me proteger, como secreções

162

das mucosas, por exemplo. Castigava tanto minha pele com detergentes que ela ficou fina, rachada e fragilizada a ponto de realmente me deixar vulnerável a qualquer ferimento e infecção. Então comecei a terapia. Minha família foi fundamental, pois eu queria desistir todo momento. Rebelava-me, não queria fazer a exposição. Cheguei a odiar meu psicólogo, como a gente odeia o médico que nos aplica uma injeção, quando crianças. À medida que a exposição progredia, aos trancos e barrancos, pude perceber que nada daquilo que eu pensava que ia acontecer acontecia de fato. Quando um primo meu, que é alergologista e imunologista, me dizia que era até importante nos expormos a certas substâncias e microorganismos para desenvolver imunidade e resistência, eu achava que ele era doido ou que a faculdade de medicina que tinha cursado era muito ruim. Logo, logo passei a achar que tudo que era médico era doido, convivendo no meio de gente doente, e daí vocês podem imaginar o sufoco que foi minha mulher me convencer a ir a uma psiquiatra. Imagina, eu pensava que psiquiatras conviviam com loucos que não tomavam banho, comiam fezes e faziam as porcarias mais inenarráveis que minha mente podia conceber. Minha família e a equipe que cuidou de mim tiveram muita paciência, pois, entre idas e vindas, meu tratamento durou cinco anos e se acelerou bastante no final, com a introdução da terapia comportamental, mesmo com toda a minha resistência.

É uma luta, de fato. Uma luta em que o paciente pode vir a enxergar seu psicoterapeuta como carrasco ou madrastra má em certos momentos. O terapeuta sabe que o remédio é amargo e quanto o paciente está sofrendo, mas insistirá para que ele persevere e mantenha a luta para desenredar-se da teia que ele próprio teceu. Como Camões, o terapeuta pedirá que o paciente assim entenda o sofrimento inicial que o tratamento pode vir a causar: "É cuidar que se ganha em se perder...".

Para esclarecer dúvidas, respondemos a seguir a algumas das perguntas mais comuns no que se refere ao tratamento psicoterápico do TOC.

1. *Eu não poderia tentar parar com as minhas manias sozinho?*

Sim. Você pode tentar. Inclusive, é ótimo que você pense assim, pois já demonstra um alto nível de motivação. O que você precisará é de uma alta dose de perseverança, motivação e organização. Se souber de antemão que a terapia de exposição e prevenção de respostas envolve um alto nível de exposição à ansiedade e estiver pronto para lidar com isso, já é um grande passo. O terapeuta comportamental, porém, está habituado a lidar com esse tipo de tratamento e o orientará e dará apoio nos momentos mais difíceis da exposição, organizando-a de forma graduada e controlada. Em minha experiência, acredito que a presença do terapeuta é fundamental. Desconheço, até o momento, uma tentativa independente de fazer exposição e prevenção de respostas que tenha sido bem-sucedida.

2. *Já me disseram que o importante é que eu entenda a causa do problema, o porquê de eu ter esses pensamentos obsessivos e rituais. A terapia comportamental vai diretamente ao problema. O que devo fazer afinal?*

Acreditamos que se deva identificar e entender fatores, como ansiedade, ou mesmo problemas do contexto que estejam desencadeando ou intensificando o TOC. Nunca encontraremos uma causa simples e de origem inconsciente que explique nenhum transtorno. Vejo a situação através da perspectiva biopsicossocial, que são fatores biológicos e hereditários, psicológicos e ambientais interagindo e tornando a causa do problema algo que não pode ser definido de uma forma simplória. De todo modo, não conheço nenhum tratamento bem-sucedido em que a pessoa apenas tenha descoberto as causas do problema e se curado, sem tratar também a ansiedade e a manifestação do problema em si. O fato de você saber a possível "causa remota" de executar seus rituais não significa que conseguirá deixar de fazê-los.

3. *Tenho tantos problemas no trabalho, no meu casamento, contas a pagar, aborrecimentos com filhos. Será que eu não deveria cuidar dessas coisas antes de começar o tratamento do TOC?*

Todas as pessoas, portadoras de TOC ou não, têm problemas. De certa forma, viver em si já nos apresenta um monte de problemas. Até mesmo quando precisamos tomar uma decisão muito boa, sobre qual modelo de carro comprar, por exemplo, temos um pequeno problema a resolver, com dúvidas e escolhas a fazer. Na verdade, acredito que o fato de ter TOC pode agravar todos esses problemas citados ou mesmo desencadeá-los, já que é ponto pacífico que, dependendo do grau do transtorno, conviver com alguém com TOC é bastante difícil. Portanto, acredito que o tratamento pode e deve ser feito, principalmente se há outros problemas envolvidos, pois uma coisa é certa: com a melhora do TOC, muitos deles serão bastante amenizados, podendo até desaparecer.

4. *Ajudaria fazer ioga, meditação, hipnose para meu TOC?*

Essas práticas podem ajudar no sentido de melhorar sua qualidade de vida de maneira geral, mas não no caso de TOC. Esses métodos funcionam bastante bem em outros casos de transtorno de ansiedade, como o pânico, por exemplo, mas no TOC os resultados não são satisfatórios, infelizmente. Algumas pesquisas demonstram resultados positivos, mas ainda não são conclusivos, no uso da hipnose para o tratamento da tricotilomania e da síndrome de Tourette.

5. *Tenho tricotilomania, vivo arrancando fios de cabelo. O que devo esperar do tratamento?*

Costumo responder a esta pergunta em tom de brincadeira: na verdade, pense no que o tratamento deve esperar de você. Se você está disposto, realmente motivado e firme para seguir as orientações medicamentosas e as técnicas comportamentais, deve

esperar ótimos resultados, claro. Mas, em última instância, isso dependerá da sua motivação e perseverança. Portanto, o tratamento é que depende de você, e não você dele!

6. Ora se diz "compulsão", ora se diz "ritual". Qual é o certo?

Ambos. O termo médico é "compulsão", mas também se usa a palavra "ritual". O problema do termo "ritual" é que alguns deles, como os religiosos, por exemplo, nos são benéficos. O ritual compulsivo do TOC sempre é desagradável. Há ainda o termo "mania", do senso comum. Alguém que não esteja familiarizado ou não conheça o TOC provavelmente dirá que um portador desse transtorno é "cheio de manias esquisitas". Em psiquiatria, mania designa o estado afetivo em que há um humor anormal e intensificado, persistentemente eufórico ou de extrema irritabilidade, não tendo nada a ver com TOC. No entanto, com o objetivo de facilitar a compreensão do TOC, acabamos usando mania para as compulsões, já que torna mais fácil o entendimento. Afinal, quase todo mundo conhece alguém "cheio de manias".

7. Minha filha parece estar executando um ritual parecido com os de TOC. O que devo fazer?

A maioria das pessoas passa por uma fase de rituais na infância. Com efeito, é difícil encontrar alguém que, quando pequeno, não tenha tido suas maniazinhas, como pular linhas na calçada ou só atravessar soleiras de porta de determinado modo. É possível que tal característica cumpra alguma função no desenvolvimento da criança, como estimular o pensamento organizado, dirigido a metas. Essa é uma hipótese.

Para diferenciar essa fase passageira do TOC, é necessário avaliar o grau de ansiedade e sofrimento da criança, o tempo que ela perde com os rituais e se estão interferindo em seu desempenho escolar, em suas amizades e em seu cotidiano, de forma geral.

Se você sentir que sua filha “cruzou a linha” e está sofrendo, é hora de buscar ajuda.

8. *Disseram-me que seria pior se eu reprimisse os rituais, que poderiam aparecer outros problemas. Isso é verdadeiro?*

Não, essa é uma teoria de outras escolas psicoterápicas segundo a qual conteúdos inconscientes e desagradáveis da mente podem vir à tona. Na verdade, hoje sabemos que se deve fazer justamente o contrário. Deve-se reprimi-los porque, quanto mais a pessoa executa os rituais de TOC, mais se condicionará a fazê-los. E o alívio temporário da ansiedade que eles proporcionam se tornará cada vez mais breve, fazendo com que a vida da pessoa pareça um disco de vinil arranhado: uma sucessão cada vez mais rápida de obsessões-compulsões. O pior que pode acontecer durante a terapia comportamental, como explicamos, é o aumento temporário da ansiedade, que cederá com a progressão do tratamento.

9. *Como posso ter certeza de que meus pensamentos obsessivos, que as coisas de que sinto medo, não virão realmente a acontecer se eu parar de fazer os rituais?*

Se você quer ter todas as garantias e 100% de certeza, devo responder que isso é impossível. Não só em relação a seus medos específicos como em relação a acontecimentos da vida, de forma geral. A pessoa com TOC sofre muito, pois acredita que precisa ter absoluta certeza de tudo, o que é um desejo irrealizável. Parte do tratamento toca nesta questão: a necessidade de ser flexível e aceitar fatalidades e acontecimentos inevitáveis da vida. Mas, em relação à terapia, certamente o que você teme não vai acontecer por ter deixado de fazer os rituais. A probabilidade de que venha a acontecer aquilo que você teme depende da natureza desse medo. A morte, por exemplo, é um fato inevitável, com rituais ou sem rituais. Já se seu temor é mais ilógico, como ir dormir sem fazer rituais e, por isso, acordar feio ou desfigurado, pode-se dizer que a possibilidade de isso ocorrer é praticamente nenhuma.

10. O TOC de meu marido é grave. A terapia comportamental funcionará nesse caso? E se ele não conseguir fazer alguns exercícios?

Sim. Pode demorar mais, ser mais trabalhosa em razão da complexidade e extensão dos rituais, mas funciona. Se seu marido não estiver preparado para atingir determinados níveis do tratamento, deve, em conjunto com o terapeuta dele, ajustar os exercícios até que seja possível fazê-los, em uma progressão suave e constante. O que ele não deve é desistir, e sim ser perseverante.

CAPÍTULO 14

Quem me chamou

Quem vai querer voltar pró ninho

Redescobrir seu lugar

Pra retornar

E enfrentar o dia-a-dia

Reaprendera sonhar

Você verá

que a emoção começa agora

Agora é brincar de viver

Não esquecer

Ninguém é o centro do universo Assim é maior o prazer.

"Brincar de viver"

Guilherme Arantes

DIFERENÇAS QUE SOMAM E MULTIPLICAM TALENTOS: A NOVA IDEOLOGIA DE TRABALHO

O volume de informações com que o ser humano precisa lidar aumentou em progressão geométrica na última década. Das informações mais importantes às mais prosaicas, quase não temos mais a desculpa da ignorância. Ao comer um sanduíche ou fazer uma compra a prazo, pensamos nas informações que temos sobre colesterol e calorias, juros e taxas. Calculamos, avaliamos, escolhemos, desconfiamos, pesamos vantagens e desvantagens. É quase como se tivéssemos a obrigação de saber.

No mercado de trabalho isso adquire contornos dramáticos. Com a reestruturação dos cargos e o encolhimento das ofertas de emprego, percebemos que os trabalhadores remanescentes precisam acumular funções e executar tarefas díspares, que exigem crescentes esforços e investimento em informação. Em nome do enxugamento de gastos, o que vemos é um crescente deserto humano em locais que anteriormente se amontoava gente disputando mesas, cadeiras e *desktops*. Mais e mais as pessoas têm a incômoda sensação de que falta alguma coisa para fazer e, pior, os momentos de lazer e descanso são vividos com culpa.

Acredito que o trabalho é uma fonte de realização e orgulho para o ser humano, desde que ele não seja obrigado a fazer tudo e, paradoxalmente, sinta que não está produzindo nada. Como disse um de meus pacientes: "Fui transformado em um canivete suíço que, no entanto, não funciona bem, porque não tenho tempo para afiar e polir aquela infinidade de peças, que são as funções diferentes que tenho de cumprir".

Percebo que são mais felizes e produtivas as pessoas que podem exercer seu trabalho de uma forma que se afine essencialmente com seu funcionamento ou condição mental. Uma equipe de pessoas em que cada um contribui de sua maneira particular, em complementaridade uns com os outros, é certamente detentora de maior capacidade produtiva e criativa que os trabalhadores "faz-tudo", cronicamente ansiosos e infelizes.

Pensando nisso, enquanto escrevia este livro, comecei a refletir sobre a complementaridade entre uma pessoa com condição mental COT e outra com funcionamento mental DDA (descrito em meu livro anterior, *Mentes Inquietas*). Coincidentemente, recebi *feedbacks* e considerações que apontavam para essa mesma conclusão. Entre estas, cito as do professor Antônio Carlos Pradel Azevedo, de Porto Alegre, com quem tive o prazer de trocar idéias e "diferenças" em um seminário sobre inteligência competitiva, em novembro de 2003. De seu texto "Reflexões", destaco: "O outro está em um domínio de realidade diferente do meu, mas igualmente válido, ainda que não me agrade. O verbo aqui não é mais tolerar, mas aceitar, respeitar".

Se não identificarem e respeitarem suas diferenças fundamentais, COT e DDA podem entrar em uma guerrinha de cão e gato, pois enquanto um preza a organização o outro caminha para a dispersão. No entanto, como os opostos se complementam, um DDA, guiado por um COT, pode transformar suas idéias evanescentes em substância duradoura. Um COT, inflamado por um DDA, pode dar crédito àquela idéia original, embora arriscada, e empregar todo o seu poder de realização nessa empreitada.

Costumo imaginar essa dupla em uma cena surreal, pisando literalmente em ovos. O COT pega pela mão seu companheiro DDA e, cuidadosa e pacientemente, o leva, apontando-lhe o caminho, incentivando-o e tornando mínimas as perdas. No entanto, se o momento pedisse ímpeto e impulsividade, como se o caminho desmoronasse ao ser pisado, o DDA agarraria seu companheiro COT pela gola e o arrastaria dali a toda, quebrando os ovos e tudo o mais que se interpusesse no caminho dos dois.

Muitas empresas fazem simpósios e treinamentos, adotam uma postura teórica de valorizar talentos, mas na prática exigem que esses talentos façam muito bem aquilo para o qual são bem-dotados, assim como devem também ser organizados, empreendedores, criativos (mas que sigam regras), de boas habilidades pessoais e, contudo, ser capazes de tudo em nome da competitividade. Devem, em suma, "assoviar e chupar cana" ao mesmo tempo.

Pesquisas recentes têm demonstrado que, quando somos muito bons em determinadas áreas, como as que exigem habilidade matemática e extrema concentração, por exemplo, certamente iremos "pagar" por isso tendo certo déficit em habilidades de comunicação, pois não existe cérebro perfeito e, portanto, bom em tudo. Excelentes oradores e redatores, dotados de grande raciocínio verbal, podem ter dificuldades com o uso do raciocínio espacial, por exemplo.

No entanto, ainda vigoram velhos padrões de avaliação do desempenho pessoal e profissional que, mesmo ultrapassados, permanecem enraizados na modernidade, como parte de uma cultura modelizante (que segue um modelo velho). Em sua prática cartesiana, rotulam os seres humanos, da mesma forma com que marcam seus produtos.

Sugiro um novo olhar sobre as pessoas, voltado mais às habilidades que às deficiências. Quando somos valorizados, é mais fácil aceitarmos nossos pontos fracos e buscarmos maneiras de nos superar ou mesmo conviver de forma transcendente ou mais harmoniosa com nossas imperfeições humanas.

De modo geral, vejo que pessoas com condição mental COT são especialmente aptas para funções executivas, de organização, intendência, pesquisa e desenvolvimento, logística, estratégia e quaisquer outras que exijam objetividade, responsabilidade, capacidade de solução de problemas e certa tendência a conceituar ambientes e situações de maneira mais lógica e emocionalmente balanceada. Em relação à capacidade de liderança, percebo que na maioria das vezes pessoas com condição mental COT a exercem não por vaidade, sede de poder ou simplesmente por fruto de carisma pessoal. Elas acabam sendo escolhidas como líderes pelo conjunto e harmonia de suas capacidades, aliadas a seu desenvolvido senso de responsabilidade.

Por essas mesmas razões, os COT acabam sendo aquelas pessoas às quais as outras recorrem para pedir orientações, esclarecimentos, ajuda, sugestões. A facilidade com que detectam falhas e elaboram planos de trabalho, sendo concisos e responsáveis, os

torna um ponto de referência no ambiente de trabalho, na comunidade, no círculo de amizades e em família. Muitas vezes, essa posição de liderança os preocupa e os deixa ansiosos, pois são bastante caprichosos e temem não poder preencher a expectativa alheia. No entanto são os mais afeitos a essa função, justamente por encará-la com seriedade e sinônimo de dever, e não como meio de ascensão e influência.

Imagino que grupos de pessoas, no trabalho e na comunidade, com absoluta diferença de talentos e por isso mesmo grande capacidade de complementaridade, tendo o mínimo direito de exercer suas qualidades intrínsecas, seriam o cenário ideal neste futuro próximo em que todos, sem exceção, estarão lidando com imensas quantidades de informação, gerenciando informação, criando informação, organizando informação e revolucionando a informação. Não vejo como humanamente possível, e muito menos considero justo, que pessoas sejam utilizadas como fazedoras de tudo em seus trabalhos. Os "faz-tudo" que observo quase sempre nada criam e não amam o fruto de seu fazer. São o extremo oposto dos "apertadores de parafusos", que fazem só isso, mas igualmente descontentes e não-realizados.

O respeito às singularidades em um grupo é o melhor caminho para quebrar estereótipos e possibilitar a convergência das diferenças em prol de um objetivo comum. O às vezes dispersivo DDA, com sua criatividade, teria no organizado COT o parceiro perfeito para implementar suas idéias, tornando sonhos em realidade para ambos e, quem sabe, para muitos de nós.

Associações de ajuda aos portadores de TOC e suas famílias

Associação dos Portadores de Síndrome de Tourette, Tiques e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Astoc): www.astoc.org.br

Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (Protoc)
- Instituto de Psiquiatria da USP: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/protoc/>

174

BIBLIOGRAFIA

ABED, R.T.; PAUW, K.W. "An evolutionary hypothesis for obsessive compulsive disorder: psychological immune system?". In: <http://cogprints.ecs.soton.ac.uk/archive/00001147/OO/ocd-final.htm>.

ASHBAHR, RR. et al. "Case series: increased vulnerability to obsessivecompulsive disorders symptoms with repeated episodes of SydenhanYs Chorea". *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 38:1.522-1.525, 1999.

BAER, L. *Getting control: overcoming your obsessions and compulsions*. New York: Plume Book, 2000.

BARKOW, J.H.; COSMIDES, L; TOOBY, J. *The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press, 1992.

BERNSTEIN, A.J. *Vampiros emocionais: como lidar com pessoas que sugam você*. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

BOYER, P. *Religion explained: the evolutionary origins of religious thought*. New York: Basic Books, 2001.

BUSSE, S.R. *Anorexia, bulimia e obesidade*. São Paulo: Manole, 2004.

CASCUDO, L.C. *História dos nossos gestos: uma pesquisa na mímica do Brasil*. São Paulo: Global, 2003.

DESMOND, A.; MOORE, J. *Darwin: a vida de um evolucionista atormentado*. São Paulo: Geração Editorial, 1995.

DSM IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. American Psychiatric Association. Trad. Dayse Batista, 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

EVANS, D.; ZARATE, O. *Introducing evolutionary psychology*. New York: Totem Books, 1999.

FLAMENT, M. et ai. "Obsessive-compulsive disorder in adolescence: an epidemiologic study". *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 27:764-771, 1988.

FRANCO, S. *O profissionalista*. São Paulo: Futura, 2001.

FRESE, J.S. *A dictionary and filmography of over 600 men and women, 1922-1996*. North Carolina: McFarland, 1998.

GOLDBERG, E. *O cérebro executivo: lobos frontais e a mente civilizada*. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

HAGERMAN, R.J. *Neurodevelopmental disorders diagnosis and treatment*. New York: Oxford University Press, 1999.

HARI M.H. *As 100 maiores personalidades da história*. 8 ed. Rio de Janeiro: Difel, 2003.

HETEM, LA.; GRAEFF, F.G. *Ansiedade e transtornos de ansiedade*. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, 1997.

HEYMANN, C.D. *Uma mulher chamada Jackie*. São Paulo: Best Seller, 1989.

HOLLANDER, E. *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1993.

HOUZEL, S.H. *O cérebro nosso de cada dia*. Rio de Janeiro: Vieira Lent, 2002.

. *Sexo, drogas, rock'n'roll e chocolate*. Rio de Janeiro: Vieira Lent, 2002.

KHALSA, D.S. *Longevidade do cérebro*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.

KIESSLING, is. "Tic disorders with evidence of invasive group A beta hemolytic streptococcal disease". *Development Medical Child Neurology*, 31 (59):48-59, 1989.

KINGMA, D.R. *Por que as pessoas que amamos nos levam à loucura: os 9 tipos de personalidade nos relacionamentos*. São Paulo: Cultrix, 1999.

KYRMSE, R. *Explicando Tolkien*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LAX, E. *Woody Allen: uma biografia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

LECKMAN, J.F.; MAYES, L.C. "Maladies of love - an evolutionary perspective on some forms of obsessive-compulsive disorder". *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 59:457-459. Nov. 1995.

LESSA. *Coleção grandes homens: Luthero*. São Paulo: Cultura Brasileira, 1976.

MARTIN, A. et al. *Pediatric psychopharmacology: principles and practice*. New York: Oxford University Press, 2003.

MILLER, G.F. *A mente seletiva: como a escolha sexual influenciou a evolução da natureza humana*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

NESSE, R.M.; WILLIAMS, G.C. *Why we get s/c/c: the new science of darwinian medicine*. New York: First Vintage, 1996.

OBERDAMN, A. *Lutem: un hombre entre Dios y el diablo*. Madrid: Alianza, 1992.

RASMUSSEN, S.A.; TSUANG, M.T. "Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder". *American Journal of Psychiatry*, vol. 143(3): 317-322, 1986.

. "Epidemiologic and clinical findings of significance to the design of neuropharmacologic obsessive-compulsive disorder". *Psychopharmacology Bulletin*, vol. 22(3): 723-729, 1986.

RASMUSSEN, S.A.; EISEN, J.L. "Epidemiology of obsessive-compulsive disorder". *Journal Clinic Psychiatry*, vol. 45: 450-457, 1984.

RATEY, J.J. *O cérebro — um guia para o usuário*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

RIDLEY, M. *As origens da virtude: um estudo biológico da solidariedade*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

ROSENBERG, D.; HANNA, G.L. "Genetic and imaging strategies in obsessivecompulsive disorder: potential implication development". *Biológica! Psychiatry*, vol. 48(12): 1.210-1.222, 2000.

SCHIFFER, R.B.; FOGEL, S.M.R. *Neuropsychiatry*. 2 ed. Philadelphia: Williams and Wilkins, 2003.

SINGER, R. *Ética prática*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

STEIN, D.J. et al. "Compulsive and impulsive symptomatology in **trichotilomania**". *Psychopathology*, vol. 28: 208-213, 1995.

STEKEL, W. *Atos impulsivos*. São Paulo: Mestre Jou, 1968.

SWEEDO, S. "Sydenham's Chorea: a model for childhood autoimmune neuropsychiatric disorders". *JAMA* (272): 1.788-1.791, 1994.

TAVARES, H.; GENTIL, V; TAVARES, A.G. "Jogadores patológicos, uma revisão: psicopatologia, quadro clínico e tratamento". *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 26(4):179-187,1999.

THIEL, A. et al. "Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa". *American Psychiatry*, vol. 152: 72-75, 1995.

TORRES, A.R. *Figura e fundo: um estudo de comorbidade do distúrbio obsessivo-compulsivo e distúrbios de personalidade*. Tese de Doutorado. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1994.

TORRES, A.R.; SHAVITT, R.G.; MIGUEL, E.C. *Medos, dúvidas e manias: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TRUMP, D.J.; SCHWARTZ, T. *A arte da negociação*. Rio de Janeiro: Campus, 1973.

VAUGHAN, S.C.; SALZMAN, L. "Antianxiety function of impulsivity and compulsivity". In: OLDHAM, J.M.; HOLLANDER, E.; SKODOL, A.E. (eds.). *Impulsivity and compulsivity*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1996, pp. 167-194.

WERNECK, H. *O profissional do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

WILSON, R.; FOA, E.B. *Stop obsessing: how to overcome your obsessions and compulsions*. New York: Bantam Books, 2001.

WRIGHT, R. *The moral animal: the new science of evolutionary psychology*. New York: Vintage Books, 1995.

Contatos com a autora

e-mail: napades@napades.med.br site: www.napades.med.br